

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

FACTORES PSICOLOGICOS Y SOCIALES EN LA LACTANCIA MATERNA.
Estudio del Area Sanitaria Fuenlabrada-Leganés de Madrid.

TESIS DOCTORAL

FRANCISCO JAVIER GONZALEZ SANZ

Madrid, 1992

AUTOR: FRANCISCO JAVIER GONZALEZ SANZ

FACTORES PSICOLOGICOS Y SOCIALES EN LA LACTANCIA
MATERNA. Estudio del Area Sanitaria Fuenlabrada-
Leganés de Madrid.

Directores: Prof. Angel Nogales Espert
Catedrático de Pediatría de la Facultad
de Medicina Universidad Complutense de
Madrid.

Jefe del Departamento de Pediatría del
Hospital "Doce de Octubre" de Madrid.

Prof. Justino Rodriguez-Alarcón Gómez
Titular de Pediatría de la Facultad de
Medicina de la Universidad del País
Vasco.

Jefe de Sección del Departamento de
Pediatría del Hospital de Cruces.
Baracaldo (Vizcaya).

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
Facultad de Medicina
Dpto. de Pediatría
1992

D. Angel Nogales Espert, Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid,


C E R T I F I C A:

Que D. Francisco Javier González Sanz ha realizado bajo su Dirección el estudio titulado "FACTORES PSICOLOGICOS Y SOCIALES EN LA LACTANCIA MATERNA. ESTUDIO DEL AREA SANITARIA FUENLABRADA-LEGANES DE MADRID".

Dicho trabajo se encuentra terminado y reúne las condiciones adecuadas para ser defendido como Tesis Doctoral.

Ha actuado como codirector de la presente Tesis D. Justino Rodriguez-Alarcón Gómez, Profesor Titular de Pediatría de la Universidad del País Vasco.

Madrid, 2 de Septiembre de mil novecientos noventa y dos.



A handwritten signature, possibly "F. J. González Sanz", is written over a circular official stamp. The stamp contains the text: "FACULTAD DE MEDICINA-UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID", "CATEDRA DE PEDIATRIA", and "DPTO. DE PEDIATRIA". The signature also appears to include the name "Prof. Angel Nogales" written across the stamp.

II

D. Enrique Casado de Frias, Director del Departamento de
Pediatria de la Facultad de Medicina de la Universidad
Complutense de Madrid,

H A C E C O N S T A R:

Que D. Francisco Javier González Sanz ha realizado bajo
la Dirección del Profesor D. Angel Nogales Espert el trabajo
titulado "FACTORES PSICOLOGICOS Y SOCIALES EN LA LACTANCIA
MATERNA. ESTUDIO DEL AREA SANITARIA FUENLABRADA-LEGANES DE
MADRID", que se encuentra terminado y que reúne las condiciones
adecuadas para ser defendido como Tesis Doctoral.

Madrid, 17 de Septiembre de mil novecientos noventa y dos.



III

AGRADECIMIENTOS

Considero un deber aprovechar estas primeras líneas para expresar mi más sincero y profundo agradecimiento a cuantas personas han colaborado en la realización del presente trabajo.

De un modo especial quiero manifestar mi gratitud a:

Los Dres. Angel Nogales Espert y Justino Rodriguez-Alarcón Gómez, que me han dirigido, por su constante aliento, enseñanzas y confianza.

El profesor Modesto Escobar Mercado, por sus orientaciones metodológicas en la investigación, su ayuda para confeccionar la encuesta del estudio y la validación de la misma.

Los Dres. Marina Poyán Santamaría y Rafael Alvarez Cáceres, por su colaboración en el desarrollo epidemiológico y el análisis estadístico de los datos.

A mi esposa, M^a Luisa Gollonet Larre, y mis compañeros Yolanda Agra, Teresa Camps, Lola Gil, Angel González, Jesús Jiménez, Pilar Magrinya, José Luis Montón, Inés Palanca, Concepción Prieto, Antonio Sacristán, Enrique Terol, entre otros, por sus consejos y estímulo que me han permitido de forma eficaz alcanzar la meta propuesta.

El personal de la maternidad y del Servicio de admisión del hospital de Leganés, por su eficiente colaboración.

Quiero expresar también mi agradecimiento a los investigadores y estudiosos del tema, así como a las mujeres que han respondido a nuestras preguntas, por la paciencia demostrada y una parte de su tiempo. Sin ellas y su preocupación por la salud de sus hijos no hubiesen sido posibles los resultados y el mayor conocimiento que actualmente tenemos de los hábitos de alimentación del lactante en Fuenlabrada y Leganés.

Este estudio ha sido financiado con una beca de investigación del Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social -FIS- (expte. nº 90/0546).

IV

INDICE GENERAL

	<u>Página</u>
I. INTRODUCCION	1
I.1. Justificación	2
I.2. Alimentación del lactante el primer año de vida	3
I.2.1. Conceptos de lactancia materna, lactancia artificial y alimentación complementaria	3
I.2.2. Vinculación de la lactancia materna con la nutrición y salud integral del lactante	7
I.3. Lactancia materna	11
I.3.1. Evolución en el tiempo	11
I.3.1.1. Algunos hitos en la historia	11
I.3.1.2. Instauración y duración de la lactancia materna en la historia reciente y tendencias actuales	12
I.3.1.3. Condicionantes para el cambio de hábitos en lactancia en el último siglo	27
I.3.2. Principales ventajas e inconvenientes de la lactancia materna	33
I.3.2.1. Ventajas fundamentalmente para el hijo	33
I.3.2.2. Ventajas para la madre	55
I.3.2.3. Desventajas y contraindicaciones de la lactancia materna	62
I.4. Lactancia artificial	76
I.4.1. Objetivos de una lactancia artificial	76
I.4.2. Algunas desventajas	76
I.4.3. Agua para el biberón	77
I.4.4. Biberón versus pecho	78
I.5. Factores relacionados con el inicio y la duración de la lactancia	79

I.5.1.	Principales factores que se citan en la bibliografía en relación con el inicio y la duración de la lactancia	79
I.5.2.	Hipogalactia	92
I.5.3.	Crisis de lactancia	94
I.6.	Promoción de la lactancia materna	96
II.	OBJETIVOS	104
III.	MATERIAL Y METODO	108
III.1.	Material	109
III.1.1.	Datos demográficos del área sanitaria 'Fuenlabrada-Leganés'	109
III.1.2.	Rutinas hospitalarias en la maternidad del hospital de Leganés	114
III.1.3.	Instalaciones, instrumentos y técnicas disponibles para la realización del estudio	116
III.2.	Metodología	118
III.2.1.	Tipo de estudio	118
III.2.2.	Diseño del estudio. Fuentes de datos	118
III.2.3.	Unidades de estudio. Criterios de inclusión y exclusión	119
III.2.4.	Identificación y muestreo de los casos	121
III.2.5.	Protocolo de recogida de datos	122
III.2.6.	Plan de análisis. Metodología estadística	123
III.2.7.	Clasificación de las variables del estudio	132
III.2.8.	Plazo de ejecución. Cronograma	137
IV.	RESULTADOS	138
IV.1.	Estadística descriptiva:	139
IV.1.1.	Historia obstétrica y embarazo actual	139
IV.1.2.	Datos sociales	143
IV.1.3.	Datos culturales y aficiones	151
IV.1.4.	Datos económicos y laborales	152
IV.1.5.	Datos psicoafectivos	158
IV.1.6.	Datos sanitarios, educación y cultura	

	sanitarias	163
IV.1.7.	Referencias, creencias y conocimientos sobre la lactancia	165
IV.1.8.	Inicio y evolución de la lactancia	174
IV.1.9.	Datos de alimentación complementaria	178
IV.1.10.	Desarrollo somatométrico y psicomotor de los niños	179
IV.1.11.	Datos de salud del niño, según la madre	183
IV.1.12.	Datos de salud de otros miembros de la familia, según la madre	188
IV.1.13.	Datos de salud de la madre, según ella misma	189
IV.1.14.	Incidencias de las encuestas del estudio	192
IV.2.	Estadística analítica:	199
IV.2.1.	Tipo de lactancia elegida al nacimiento:	199
IV.2.1.1.	Análisis bivariante	199
IV.2.1.2.	Factores de riesgo de elección de lactancia artificial al nacimiento y modelo de regresión logística múltiple	211
IV.2.2.	Duración de la lactancia materna:	217
IV.2.2.1.	Análisis bivariante	217
IV.2.2.2.	Modelo de regresión lineal múltiple	233
IV.2.2.3.	Factores de riesgo para la duración de la lactancia materna menos de un mes y modelo de regresión logística múltiple	234
IV.2.2.4.	Factores de riesgo para la duración de la lactancia materna menos de tres meses y modelo de regresión logística múltiple	241
V.	COMENTARIOS	246
V.1.	Estadística descriptiva y analítica bivariante	247
V.2.	Factores de riesgo de elección de lactancia artificial al nacimiento y modelo de regresión logística múltiple	338
V.3.	Modelo de regresión lineal múltiple para la duración de la lactancia materna	341

V.4. Factores de riesgo para la duración de la lactancia materna menos de un mes y modelo de regresión logística múltiple	342
V.5. Factores de riesgo para la duración de la lactancia materna menos de tres meses y modelo de regresión logística múltiple	345
V.6. Propuesta para la promoción de la lactancia materna en nuestro medio	347
VI. CONCLUSIONES	350
VII. RESUMEN	355
VIII. BIBLIOGRAFIA	358
IX. ANEXOS	432
Anexo 1.	
Errores no muestrales, trabajo de campo y cuestionarios	433
Anexo 2.	
Encuesta efectuada en el estudio	436

TODO NIÑO TIENE DERECHO A
UNA ALIMENTACION ADECUADA
COMO MEDIO DE LOGRAR Y DE
MANTENER LA SALUD

(WHO, 1981b)

I . INTRODUCCION

I.1. JUSTIFICACION

Como clínicos, nos planteamos la existencia de una relación entre el amamantamiento y los factores psicológicos y sociales de los padres. Nos propusimos realizar un estudio que permitiera identificar problemas sobre los que poder intervenir, desde un punto de vista sanitario, para mejorar el hábito de la lactancia materna -LM- en el ámbito de nuestra actividad asistencial, el área sanitaria "Fuenlabrada-Leganés", en Madrid.

Ponderamos la pertinencia y la viabilidad del proyecto.

La pertinencia la valoramos considerando, en nuestro entorno:

1. Los beneficios que pueden derivarse de la lactancia materna.
2. El importante número de madres que no inician la lactancia natural ó la abandonan precozmente.
3. La inexistencia de un patrón definido de influencia sobre la lactancia materna.
4. Las consecuencias socio-sanitarias derivadas de la lactancia artificial y la introducción temprana de alimentación complementaria.
5. La posibilidad de una intervención desde la perspectiva de la planificación sanitaria de la Atención Primaria de Salud coordinada con la Atención Especializada.
6. La disponibilidad de recursos, humanos y materiales, derivados de la actual ordenación sanitaria en el Sistema Público de Salud.

La viabilidad del estudio la valoramos en razón de:

1. La facilidad al acceso de las fuentes de datos.
2. La disponibilidad del tiempo preciso para efectuar el trabajo.
3. La colaboración posible de otros profesionales.
4. La disponibilidad de los recursos materiales necesarios.
5. La factibilidad de contar con recursos económicos suficientes.
6. La no vulneración de las elementales normas éticas.

I.2. ALIMENTACION DEL LACTANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA

I.2.1. CONCEPTOS DE LACTANCIA MATERNA, LACTANCIA ARTIFICIAL Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA.

La lactancia natural, lactancia al pecho o lactancia materna -LM- es la alimentación del lactante con leche de mujer (Casado E,1975). La lactancia al pecho materno es el modo natural de alimentar al niño durante los primeros 4 a 6 meses de vida (Sánchez-Valverde F,1988), sin necesidad de recurrir a ningún otro alimento (Sánchez E,1984).

La lactancia materna -LM- es parte del sistema reproductivo y tiene el mismo significado biológico que la gestación y el alumbramiento (Sánchez E,1989a), constituyendo, desde el punto de vista nutricional, una prolongación de la vida intrauterina (Ballabriga A,1988).

La incidencia de la LM se define como la proporción de niños puestos al pecho al menos en una ocasión (Levi J,1988). Algunos, definen como lactancia natural aquella que dura más de 15 días contados desde el nacimiento (Cabañas MJ,1990) (Sánchez-Valverde F,1988); otros, consideran LM aquella que dura un mínimo de 1 mes, complementada ó no por lactancia artificial (Mazón A,1989).

La LM dura hasta el momento en que el lactante recibe la última toma de leche materna, aunque entonces su alimentación esté suplementada con leche artificial o alimentación complementaria. La lactancia natural prolongada es la que prosigue más allá de los 3 meses de vida (Marco M,1989).

La "relactancia" es el término utilizado para denominar el inicio de la LM en un momento distinto al neonatal inmediato (Casado E,1975) (Worthington-Roberts BS,1989).

Según la frecuencia de las tomas, la LM puede clasificarse en:

- Lactancia "a demanda", que expresa variación en el tiempo o intervalo entre las diferentes tomas. "Ad libitum", se emplea para señalar las variaciones en la cantidad (ESPGAN,1982) (Sánchez E,1984).
- "Lactancia irrestrictiva", la habitual en los países en vías de desarrollo, aunque su frecuencia está aumentando en los países desarrollados sobre todo entre mujeres con mayor nivel cultural (Cable

TA,1984). En los países en vía de desarrollo el niño suele estar día y noche junto a su madre que le ofrece el pecho cuando tiene hambre y ha de consolarle por cualquier motivo. el lactante suele ir sujeto a su madre, de manera que muchas veces puede alcanzar el pecho por sí mismo. Se producen no menos de 10 ó 13 episodios de succión, irregularmente repartidos en las 24 horas del día; a veces el niño duerme durante 3 a 5 horas y mama luego 2 ó 3 veces en una hora (Gussler JD,1980) (Klaus MH,1987) (Nogales A,1989a) (WHO,1981a).

- Lactancia "controlada" u horaria, es aquella para la que existen normas que determinan el número de tomas, su duración y el intervalo entre las mismas (Nogales A,1989a).
- La "lactancia a semidemanda" (González J,1989) o "pseudo-demanda" (Piazza G,1985), se considera la práctica de alimentación situada entre la lactancia irrestrictiva y la controlada.

La lactancia mixta es la alimentación del lactante que incluye la ingesta de leche de la mujer y de una leche artificial (Casado E,1975), para algunos autores, en cantidad superior a 200 cc/día (Sánchez-Valverde F,1988).

Existen dos técnicas distintas de lactancia mixta¹:

- a. La "lactancia coincidente", usada cuando la cantidad de leche materna es insuficiente, consiste en que en cada una de las tomas el niño recibe primero el pecho materno y a continuación el alimento artificial. Es necesario iniciar siempre la toma con el pecho; de lo contrario, al sentirse el niño parcialmente satisfecho, no succionará con la suficiente energía y el vaciamiento de la mama será incompleto con el riesgo de que cese poco a poco la secreción láctea en la madre (Casado E,1975).
- b. La técnica "alternante", usada cuando la madre no puede ofrecer al hijo alguna toma de pecho, por razón

¹ La lactancia coincidente parece preferible por ser más fácil la digestión del producto -presencia de fermentos digestivos en la leche de la madre- (Seara G,1982).

de trabajo u otra circunstancia, supone que en unas tomas el niño recibirá solamente la leche de la madre, mientras que en otras tomará exclusivamente alimento artificial (Casado E,1975).

La mayoría de los estudios no llegan a concluir si el componente artificial de la lactancia mixta es predominantemente 'complementario' -alimento extra añadido a la dieta del lactante cuando el suministro de leche materna es inadecuado- o 'suplementario'-añadido a la dieta cuando hay una adecuada cantidad de leche materna-² (Seward JF,1984).

La lactancia artificial -LA- es la alimentación del lactante con productos de adecuada garantía, derivados de la modificación de la leche de vaca (Sánchez E,1984).

Los Comités de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGAN,1977) y de la Academia Americana de Pediatría (AAP,1976), marcan las normas que sirven de guía para la composición de alimentos parecidos a la leche de mujer, indicando los valores mínimos para los nutrientes que componen la fórmula, con el fin de que no se produzcan deficiencias; también se incluyen los límites máximos para no sobrepasar la limitada capacidad de tolerancia de los lactantes.

En la LA se distinguen 2 tipos de fórmulas:

- a. Una fórmula 'adaptada de comienzo' (ESPGAN,1977). Válida cuando un lactante tiene que ser alimentado desde los primeros días de vida con una fórmula distinta de la leche materna. Es aquella capaz de cubrir las necesidades del lactante en los primeros 4 a 6 meses de vida. Esta fórmula debe parecerse lo más posible a la leche humana. No debe contener almidón ni harinas. No debe ser acidificada ni incluir sustancias como la miel o los llamados factores de crecimiento. Debe ser isotónica. Como principales carbohidratos debe tener di u oligosacáridos (no monosacáridos) para

² Como la definición de 'complementaria' o 'suplementaria' precisaría de estudios prospectivos de producción de leche y de vigilancia del índice de crecimiento y debido a que es difícil medir la producción de leche en grandes poblaciones bajo condiciones de campo, puede ser suficiente la vigilancia del índice de crecimiento. En la práctica, si un gran número de lactantes toman otros alimentos en un momento en que estaban creciendo satisfactoriamente, esto indica que la pauta de alimentación parcial con leche materna en una comunidad tiene un papel, principalmente, suplementario (Koctürk T,1988a).

no incrementar la osmolaridad. La grasa debe proporcionar el 50 % de la energía por la misma razón (ESPGAN,1977). Puede ser utilizada junto con otros alimentos durante el primer año de vida.

- b. Una fórmula 'de seguimiento o continuación', prevista para ser administrada a partir de los 4 a 6 meses, formando parte ya de la alimentación diversificada del lactante a esta edad (Ruiz FJ,1989)³.

El periodo de destete es el tiempo que va desde el momento en que se empieza a suministrar al niño un alimento distinto de la leche humana o fórmula láctea, hasta que se suprime totalmente ésta (Ballabriga A,1988) (Tejedor V,1988). Por tanto, el destete no representa un acontecimiento único, sino un proceso que se establece durante un cierto número de semanas o meses y que se suele iniciar entre los 4 y 6 meses de edad (Finberg L,1985) (Whitehead RG,1985a). En algunas sociedades, el proceso de destete puede prolongarse años (Finberg L,1985)⁴.

Para las madres que trabajan y tienen dificultad para vaciar sus pechos entre las tomas, dar una o dos tomas al día puede ser un método lento de destete compatible con la actividad laboral (Morse JM,1986).

La alimentación complementaria, incluye los alimentos distintos de la leche humana o fórmula láctea que se emplean en la alimentación de los lactantes (Ruiz FJ,1989) (Tejedor V,1988)⁵. Se propuso el término "beikost" (Fomon SJ,1974) -su traducción literal es "alimento adicional" (De Paz JA,1982)- para denominar esta alimentación; pero al carecer de significado en nuestro idioma tal término, es preferible emplear la denominación

³ El lactante a los 4 meses, prácticamente, ha alcanzado los niveles adultos de maduración renal, digestiva y enzimática. Por tanto, puede recibir una fórmula en la que no es necesario fijar los límites de nutrientes tan estrechamente como en la fórmula adaptada de comienzo (ESPGAN,1981). Se diferencia de la leche de vaca fundamentalmente en las grasas, contenido de minerales -enriquecida con Fe y Zn- y vitaminas.

⁴ La necesidad y el reflejo de succión se mantienen adecuadamente en el 2º año de vida (Worthington-Roberts BS,1989).

El destete nutritivo no debe acompañarse de un destete afectivo (D'Agostino M,1979) (Pérez-Sánchez M,1981).

⁵ Algunos, consideran alimentación complementaria, incluso, los biberones de fórmula artificial (Martín-Calama J,1985a).

"alimentación complementaria", que expresa los cambios que van a llevar al lactante a un destete definitivo (Tejedor V,1988).

I.2.2. VINCULACION DE LA LACTANCIA MATERNA CON LA NUTRICION Y SALUD INTEGRAL DEL LACTANTE

La alimentación es esencial para todo ser humano, pero en el periodo de recién nacido y sobre todo en los primeros meses de vida tiene una relevancia especial (Martín-Calama J,1985b) (Nogales A,1989b), ofreciendo más diferencias en relación con la del adulto, y estando condicionada por el fenómeno biológico del crecimiento, desarrollo y maduración del nuevo ser (Jelliffe DB,1977) (Tejedor V,1988). Esta maduración progresiva de las funciones relacionadas con la alimentación condiciona que el niño deba recibir una alimentación diferente según su edad, adecuada a sus necesidades. En resumen, la alimentación en la infancia debe ser completa, equilibrada, suficiente y adecuada (Sánchez E,1985).

Las deficiencias en la alimentación de los lactantes constituyen uno de los principales problemas mundiales y un grave obstáculo al desarrollo social y económico (Nogales A,1990a)⁶. No es un problema exclusivo de los países en vías de desarrollo, puesto que se plantea igualmente en muchas partes del mundo desarrollado.

Desde el punto de vista sanitario es fundamental conocer los factores causales en la selección del tipo de alimentación⁷ y los errores en dietética, si se quieren abordar soluciones integrales y realistas (Martín F,1985).

La evolución histórica de la alimentación del lactante va a girar fundamentalmente en torno a la LM como la alimentación natural e idónea, el tiempo que se debe mantener ésta, la forma de sustituirla cuando no es posible su utilización y el tiempo

⁶ Afirmación que coincide con la "Declaración sobre la alimentación del lactante y niño pequeño", formulada por la OMS en 1979, en Ginebra, donde se señala que, por el hecho de ser, en gran parte, un problema creado por el hombre, debe considerarse como un reproche a nuestra ciencia y tecnología y a nuestras estructuras sociales y económicas, y como una mancha que deslucen los pretendidos logros en materia de desarrollo.

⁷ En la actualidad (Tormo R,1982), el homo sapiens ya no confía para seleccionar sus alimentos -lactancia y alimentación complementaria tras los primeros meses de vida- en las enseñanzas ancestrales de la especie, sino en el buen nombre, el cual depende en gran parte de una nueva ciencia llamada "marketing" de la industria alimentaria.

y modo de introducir en el niño los alimentos distintos de la leche materna o leche que la reemplace.

Existen factores exógenos o ambientales⁸ que, por sí mismos, han ido modificando los hábitos alimenticios de los países, influyendo poderosamente en la manera de alimentarse de los pueblos. Como ambiente se designa el medio físico, psíquico y social en que el individuo habita y se desenvuelve (Sánchez E, 1989) (Visakorpi JK, 1981).

La nutrición es uno de los factores más importantes para el mantenimiento de la salud (ESPGAN, 1982). En países desarrollados la malnutrición, cuando existe, es debida fundamentalmente a factores socioeconómicos (Crespo M, 1976) (Martín F, 1985) (Pérez M, 1979), ya que la falta de alimentos y la explosión de la población propios de países preindustrializados son, por definición, inexistentes en los desarrollados (Canosa CA, 1977).

La LM es un importante determinante del estado de salud⁹ y nutrición de los niños¹⁰, sobre todo en las poblaciones con un bajo nivel socioeconómico (MacGowan RJ, 1991), y vá más allá del debate 'biberón vs alimentación natural' (Wharton B, 1987).

La nutrición¹¹ es un proceso biológico en el que intervienen el ambiente -del que forman parte los alimentos-, el agente -los nutrientes- y el huésped -el organismo-. Estos elementos integran un ecosistema que durante el primer semestre de la vida permite que el lactante disponga de los nutrientes

⁸ Los factores ambientales inciden en la sociedad actual, en especial sobre la madre, y contribuyen, de forma cada vez más frecuente, a la aparición de trastornos en el comportamiento alimentario (Sánchez E, 1989a).

⁹ Por salud se entiende no sólo un estado de nutrición satisfactorio y la ausencia de enfermedad sino también el bienestar psicológico y social. La salud del lactante y del niño está relacionada con la salud de la madre y, en los países industrializados, los problemas en el sector de la salud maternoinfantil son de naturaleza ampliamente psicosocial y están relacionados con el medio familiar. Por lo tanto, la nutrición infantil no es solamente el problema de facilitar los nutrientes esenciales en cantidades adecuadas sino también de asegurar un medio psicosocial óptimo en el que tiene importancia primordial la calidad de las interacciones entre la madre y el niño (ESPGAN, 1982).

¹⁰ La alimentación infantil es una calle de un sólo sentido (Hill AB, 1977) (Sauls HS, 1979) ya que los niños son alimentados con LM mientras permanecen sanos y bien nutridos. Cuando presentan un retraso del crecimiento o enferman, a menudo, pasan a ser alimentados con lactancia artificial. En cambio, los alimentados artificialmente no pasan a recibir LM si presentan un retraso del crecimiento o enferman. Por consiguiente, los niños que reciben exclusivamente LM durante un período de tiempo prolongado representan un grupo seleccionado que es probable que sea extremadamente sano (Kramer, 1988).

¹¹ La historia de la alimentación es tan antigua como la humanidad, no así su utilización razonable, lo que constituye la Nutrición, ciencia que cuenta con poco más de un siglo de evolución (Cone TE, 1990).

precisos para cubrir sus requerimientos y asegurar un estado nutricional satisfactorio. Este le permitirá crecer, desarrollarse, tener un normal funcionamiento de sus órganos, disponer de energía y disfrutar de una buena salud (Sánchez E, 1984) (Wharton B, 1987).

En el ecosistema influyen la educación sanitaria, los condicionamientos socioculturales de la población, la propia naturaleza y la industria. Resulta difícil evaluar la influencia que cada elemento ejerce en el resultado final medido en términos de salud -tabla I- (Nordio S, 1978). El ecosistema que se ha establecido, en particular en las sociedades desarrolladas, apenas favorece la lactancia al pecho y puede que sea responsable de modificaciones de la leche materna (Picó G, 1985).

Tabla I: ECOSISTEMA ESTABLECIDO PARA LA SALUD HUMANA, ADAPTADO DE NORDIO (Nordio S, 1978)

Ecosistema				
.....				
.
.
Naturaleza	Composición	Salud de la	Educación	Industria
.	leche materna	madre y del	.	.
.	.	niño	.	..
.
.
.	.	.	Nº fórmulas	Publicidad
.	.	.	lácteas	.
.	.	.	disponibles	.
.
.
Relación Alimentación-Leche materna				

Madres y niños durante el embarazo y la lactancia se

encuentran en una situación de riesgo nutricional: ambos requieren una nutrición adecuada y, a menudo, suplementos dietéticos (Fahey PJ,1987) (Worthington-Roberts BS,1989). Las madres con deficiencias nutricionales pueden producir un volumen de leche sólo ligeramente inferior al promedio. La composición de su leche, sin embargo, no presenta variaciones considerables respecto de la de otras madres (Vahlquist B,1981).

El conocimiento de los hábitos de alimentación y del estado de nutrición de una comunidad, en un lugar y en un tiempo concretos, son datos importantes. Su estudio aparte de interés académico tiene trascendencia práctica. Ambos constituyen indicadores sociales y sanitarios fiables. Los hábitos alimentarios en las sociedades tradicionales, siguen unos patrones uniformes y monótonos, aunque en los países occidentales sufren sensibles variaciones según el nivel socio-económico, la educación, la publicidad, etc. (Sabate F,1984).

Se buscan razones para justificar la LM, cuando lo que necesita una justificación es su abandono (Nogales A,1989b).

I.3. LACTANCIA MATERNA.

I.3.1. EVOLUCION EN EL TIEMPO.

I.3.1.1. ALGUNOS HITOS EN LA HISTORIA:

Criar, no es sólo alimentar, sino instruir¹, que dicho en términos antropológicos es transmitir conocimientos acumulados y actitudes sociales a la descendencia (Fernández JJ,1986b)².

La aparición de la prolactina acaece (Royer P,1980) hace quinientos millones de años, representando un hito sustancial en el ciclo 'reproducción-desarrollo' de nuestra especie, en la que, durante miles de años, administrar la leche de la propia madre ha sido la forma de alimentación durante los primeros meses de la vida (Tormo R,1983).

La lactancia natural -de madre o nodriza- ha representado, a lo largo de generaciones, el hecho fundamental para la supervivencia de la especie humana (Dugdale AE,1986), al no ser el niño capaz de tolerar la leche sin tratar de ningún animal doméstico.

En la actualidad, resulta un aberrante anacronismo dar el pecho a cambio de una compensación económica, haciendo impensable la práctica de la lactancia natural por una mujer distinta de la madre según el modelo de la relación mercenaria³. Pero, no siempre ha sido así.

Los testimonios sobre la existencia de amas de cría se remontan a los primeros milenios de la vida histórica, tal como consta en los estudios de Elvira Arquiola, Pedro Navarro, Javier del Hoyo, Virginia Tejedor y otros (Arquiola E,1988) (Barness LA,1987a) (Del Hoyo J,1987) (Frischkecht W,1978) (Koçtürk

¹ El diccionario de la Real Academia Española asigna al vocablo "CRIAR" la acepción de "nutrir y alimentar la madre o la nodriza al niño con la leche de sus pechos u otro modo", y añade "instruir, educar y dirigir".

² En la forma y manera en que padres e hijos han ido transmitiendo estas actitudes sociales y culturales, en la forma en que se ha amamantado biológica y culturalmente, una generación a la otra, es donde se encuentra la clave de lo que hoy somos, y es donde está la respuesta de lo que será el mañana de la humanidad (Fernández JJ,1986b).

³ La estructura social homogénea deja sin sentido alguno postergar la salud de un recién nacido en favor de la de otro (Navarro P,1982). En nuestro contexto, la lactancia mercenaria supone el resultado de una injusta situación social inaceptable y recusable (Fernández JJ,1986b).

T,1989a) (Kottek SS,1989) (Navarro P,1982) (Navarro P,1983) (Romero M,1986) (Tejedor V,1988). Hace pocos años se dice que con el perfeccionamiento de las leches comerciales, la lactancia mercenaria desaparece en nuestro medio (Casado E,1982c) (Navarro P,1982). Pero, recientemente, con el resurgimiento de la LM, algunos autores (Krantz JZ,1981), hablan de la contratación de cuidadoras que darían el pecho como parte del acuerdo -"cross-nursing", encontrando esta situación adecuada en caso de madre trabajadora con hijo procedente de una familia con fuerte historia de alergia.

En las tablas II a IV resumimos acontecimientos y circunstancias que nos dan la clave de la evolución de la lactancia desde finales del siglo XVIII, según datos de los estudios de Lewis A Barness (Barness LA,1987a) y Virginia Tejedor (Tejedor V,1988).

Aunque la ESPGAN no hace recomendaciones al respecto, contamos en la actualidad en el comercio gran variedad de fórmulas infantiles -tabla V-.

I.3.1.2. INSTAURACION Y DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LA HISTORIA RECIENTE Y TENDENCIAS ACTUALES:

La situación actual de la LM difiere en las diferentes regiones del mundo (Martín-Calama J,1986).

Existen grandes disparidades en las prácticas de amamantamiento entre regiones del mundo, entre países y, a menudo entre grupos de población dentro del país (WHO,1982).

La OMS distingue tres "fases" básicas en la prevalencia y duración de la LM (WHO,1982):

- . Fase 1, la fase "tradicional" con alta prevalencia y duración).
- . Fase 2, que podría denominarse la "fase de transformación", con prevalencia cayendo y duración acortándose.
- . Fase 3, podría ser llamada la "fase de resurgimiento", con aumento de prevalencia y duración de LM.

Tabla II: DATOS DE LA HISTORIA DE LA LACTANCIA EN EL SIGLO XIX

Años	Datos y Fuente
1784	M Underwood recomienda la leche de vaca como alternativa a la alimentación al pecho.
1800	Advenimiento de las botellas de vidrio para alimentos.
1838	F Simon determina que la leche de vaca tiene más proteínas que la humana.
1845	E Pratt patenta las tetinas de goma: el pezón de caucho que se une a la botella, permite administrar fácilmente alimento líquido al lactante, así como una limpieza satisfactoria de los utensilios empleados (Fomon SJ,1976). Se buscan sustitutos de la leche materna (leche de burra, de cabra, de vaca).
1856	Borden Co patenta la leche condensada (Fomon SJ,1976).
1865	Empleo del suero de la mantequilla -babeurre-. Se obtenía una leche descremada acidificada, usada en lactantes con trastornos gastrointestinales.
1867	Von Liebig pone en el mercado comida preparada.
1882	Introducida en Alemania la pasteurización -calentamiento controlado de la leche para eliminar bacterias patógenas-, de uso generalizado posterior -se disponía de leche de vaca pasteurizada en el comercio en Dinamarca en 1890 y en Estados Unidos en 1891- (Fomon SJ,1976).
1882-7	Conocimiento más preciso de la composición de la leche humana, de la leche de vaca y por tanto de las diferencias entre ambas.
1887	Rotch indica la necesidad de esterilizar el alimento administrado al lactante y los utensilios precisos para administrar éste.
1897	H Finkelstein señala la importancia de los cuidados y asistencia para el porvenir del lactante.
1898	Se comercializan múltiples comidas preparadas.

Tabla III: DATOS DE LA HISTORIA DE LA LACTANCIA EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX

Años	Datos y Fuente
1904	Rotch distribuye el porcentaje de las fórmulas para la alimentación del lactante.
1911	Se introduce la dextrinomaltosa en EEUU -Mead Johnson-.
1915	Gerstenberg introduce la fórmula de leche adaptada en polvo que necesita, sólo, añadir agua.
1919	Acidificación de la leche de vaca. Marriot propone utilizar una leche ácida para la alimentación de niños con malnutrición (Fomon SJ,1976).
1920	Fórmula de leche adaptada en polvo (SMA= synthetic milk adapted) es introducida por Wyeth.
1925	Franklyn -más tarde Similac- salen al mercado en EEUU con Labs. Ross. Se hace popular la refrigeración eléctrica. La acidificación de Marriot reduce el crecimiento bacteriano.
1929	Mead Johnson introduce Sobee, hipoalergénica.
1930-60	Fórmulas líquidas concentradas, fórmulas hidrolizadas, fórmulas elementales, introducción de fórmulas preparadas para comer.

Tabla IV: DATOS DE LA HISTORIA DE LA LACTANCIA EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX

Años	Datos y Fuente
1950...	Fabricación de leche en polvo.
1960-70	Se dispone de las siguientes fórmulas preparadas industrialmente para lactantes (Anderson JAD,1970): Descremadas, babeurre, albuminosa, semidescremadas, semidescremadas-acidificadas, acidificadas, modificadas, maternizadas, humanizadas y condensadas.
1967	El Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría (AAP,1967), propone un modelo de fórmula infantil, señalando unos niveles máximos y mínimos en cuanto a sus componentes. En estos años en Estados Unidos se emplean en gran proporción tales fórmulas infantiles en forma líquida, bien concentradas teniendo que diluirse, o ya listas para su consumo directo.
1976	El Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría, revisa las recomendaciones de 1967, proponiendo una fórmula infantil única desde el nacimiento al año de edad (AAP,1976).
1977/81	El Comité de Nutrición de la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGAN,1977) (ESPGAN,1981), propone la denominación de "fórmula infantil" para los productos destinados a la alimentación del lactante que cubren sus necesidades nutritivas, dando unas recomendaciones para la composición de estas fórmulas. Existen dos tipos de fórmulas infantiles: fórmulas de inicio y fórmulas de continuación.

Tabla V: FORMULAS INFANTILES DISPONIBLES EN EL COMERCIO (González J,1985)

Tipo de fórmula	Características
Suplementadas	Con taurina, nucleótidos, hierro u otros elementos.
Especial RN pretérmino	Modificado contenido en grasas e hidratos de carbono.
Pobre en lactosa	Para lactantes con intolerancia transitoria a la lactosa.
Exenta de lactosa	Para intolerancias absolutas a la lactosa, transitorias o no.
Con proteínas de soja	Se han sustituido las proteínas de leche de vaca por proteínas vegetales (soja), así como la lactosa.
Altamente modificadas	Preparados en los que las proteínas se han sustituido totalmente por un hidrolizado enzimático, bien de caseína o de proteínas de suero láctico.
Elementales	Soluciones compuestas por elementos simples, de transporte intestinal rápido, que no producen metabolitos residuales, ni requieren una fase de hidrólisis previa.

Los diferentes subgrupos de población, llegan a cada una de estas fases en tiempos distintos. El primer grupo en cambiar es el dirigente, que invariablemente es la élite urbana, la de mayor educación y/o riqueza económica. El siguiente grupo es generalmente el urbano pobre. El último, el más resistente al cambio, ha sido tradicionalmente el grupo rural. Globalmente, las tasas de prevalencia en cada uno de esos grupos determinan la tasa nacional de prevalencia de LM, que puede ir en aumento o disminución (WHO,1982).

La OMS distingue ocho estadios para explicar del proceso en cada país -tabla VI-. Se confirma la hipótesis de que existen tendencias cronológicas y que los distintos grupos de población y los países pasan por las diversas fases o estadios de una manera secuencial, y que los países más desarrollados actúan como grupo líder de la misma manera que los grupos de población más ricos conducen a los otros grupos en un mismo país (WHO,1982).

De forma esquemática podría afirmarse que las variaciones en la incidencia y duración de la LM en los países industrializados, se han caracterizado (Casado E,1983) (Coles EC,1978) (Fomon SJ,1974) (Helsing E,1985) (Hofvander Y,1979) (Martin-Calama J,1986) (Martinez GA,1979) (Martinez GA,1981a) (Martinez GA,1983) (Rumeau-Rouquette C,1980) (Sand EA,1973) (Sánchez E,1984) (Stahlberg MR,1985) (WHO,1981a) por una disminución progresiva desde los años 40-50 hasta los 70, con una posterior recuperación a partir de dicha década. Existen numerosos trabajos sobre la evolución de la LM en EEUU en los años 70 y 80 (Martinez GA,1979) (Martinez GA,1981a) (Martinez GA,1981b) (Martinez GA,1982) (Martinez GA,1983) (Martinez GA,1985). Para Fomon, la tendencia está clara (Fomon SJ,1987), si bien las muestras podrían no ser representativas ya que las encuestas por correo las contestan menos las familias de bajos ingresos y bajo nivel de educación (Fomon SJ,1987).

En 1980 dos estudios nacionales realizados en Inglaterra y en los EE.UU. (Martinez GA,1981a) dieron unas cifras globales de incidencia y prevalencia de LM comparables para los dos países. Aunque mostraban una tendencia ascendente, son mucho más bajas que, por ejemplo, en Suecia (Sjölin S,1979) y Finlandia (Ståhlberg M-R,1985) (Tammninen T,1983). En parte la diferencia cuantitativa puede ser explicada por la forma en que la población se seleccionó en los estudios escandinavos, y en parte por las

variaciones en los factores socioeconómicos entre países como la clase social y el grado de la educación de las madres, que influyen mucho en la selección del método de alimentación. Aún en el mismo país, existen variaciones entre regiones (Hally MR, 1984).

Tabla VI: ESTADIOS EVOLUTIVOS EN EL TIEMPO SEGUN LA FASE DE LA LM EN CADA PAIS (WHO, 1982)

Estadio	Características según las fases básicas de prevalencia y duración de la LM	Ejemplos en 1982
1	todos los grupos están en la fase tradicional, media nacional alta	India Zaire
2	el grupo dirigente en fase 2 y resto en fase 1	Nigeria
3 a 5	prevalencia y duración cayendo	Filipinas Brasil
6	el grupo dirigente en fase 3 y resto en fase 2	España Singapur
7	el grupo dirigente en fase 3 con los otros grupos siguiéndole inmediatamente detrás	Reino Unido EEUU
8	todos los grupos en fase 3	Suecia

La tendencia ascendente de la práctica de la LM en el mundo occidental desde los años 70, también se ha observado en Holanda (Florack E, 1984). En Suecia se publicaron valores superiores a los holandeses (Hofvanter Y, 1979) (Sjölin S, 1977). En Noruega las cifras de incidencia de LM en recién nacidos y de prevalencia a los 6 meses fueron altas ya en 1978-79 (Meberg A, 1982). En Australia la prevalencia a los 6 meses es alta (Owles EN, 1982). En nacidos en 1980-82, en Finlandia, la duración media de la LM es de 5.7 meses (Ståhlberg M-R, 1985).

Este incremento de la LM ha continuado durante la primera parte de los ochenta (Ballabriga A, 1988) (Feinstein JM, 1986) (Ståhlberg MR, 1985) (Wharton BA, 1982). Pero el notable aumento de popularidad de la LM en los países desarrollados a principios de los 80 (Martinez GA, 1985), se ha seguido de una tendencia hacia la reducción de las tasas de LM, en estos últimos años⁴, con abandono precoz de la LM (Hally MR, 1984).

⁴ A partir de 1984, en Gran Bretaña (Emery JL, 1990) y en EEUU (Lawrence RA, 1991), sobre todo en madres jóvenes, de bajo nivel cultural, menos privilegiadas y más desatendidas (Ryan AS, 1991).

Las tablas VII y VIII recogen datos recientes de la LM en distintos países.

Tabla VII: INCIDENCIA Y DURACION DE LA LM EN DISTINTOS PAISES, EN AÑOS RECIENTES

Autor	Año	País	% de LM según edad del niño					
			RN	1m	2m	3m	4m	6m
Owles EN,1982	70s	Australia						64
Sand EA,1973	70	Bélgica	32			4		
Kurinić N,1988	87	EEUU	84x					
			49xx					
Lefevre M,1987	87	EEUU	70			47		
Fomon SJ,1987	85	EEUU	60				35	
Fomon SJ,1974/								
Martinez GA,1979	40s	EEUU	65					
	55	EEUU	29					
	60	EEUU	28					
	65	EEUU	26					
	71	EEUU	25			8		5
	75	EEUU	36			17		15
	78	EEUU	47			27		21
Martinez GA,1981a	79	EEUU	51					23
Martinez GA,1981b	80	EEUU	54			33		25
Martinez GA,1985	84	EEUU				37	28++	
McGowan RJ,1991	87	EEUU	24					6
Ståhlberg MR,1985	80-2	Finlandia	99					
Verkasalo M,1980	65	Finlandia	88+		34			8
	70	Finlandia	86+		30			8
	75	Finlandia	95+		50			20
	76	Finlandia	96+		54			22
	77	Finlandia	97+		56			26
Rumeau-Rouquette								
C,1980	72	Francia	36					
	76	Francia	45					

(+)= a la semana; (*)= al 10º día; (++)= al 5º mes

(x)= raza blanca; (xx)= raza negra.

Tabla VIII: DATOS DE INCIDENCIA Y DURACION DE LM EN OTROS PAISES, EN AÑOS RECIENTES

Autor	Año	País	% de LM según edad del niño					
			RN	1m	2m	3m	4m	6m
Florack E,1984	75	Holanda	45*			11		
	81	Holanda	62*			24		
	82	Holanda	72*			32		26
Hally MR,1984	84	Inglaterra	58	29		16		12
Jones DA,1987	85	Inglaterra	45					
Levi J,1988	80-5	Inglaterra	77					
Wharton BA,1982	75	Inglaterra				30		
	80	Inglaterra				50		
(Martinez GA,1981)	80	Inglaterra	65					22
Birenbaum E,1989	87	Israel	72					
Mansbach IK,1984	84	Israel	90			40		
Calzolari C,1989	85-7	Italia	82		51			22
Minetti C,1980	78	Italia	50			31		3
Meberg A,1982	78	Noruega	97					59
Suecia	44	Suecia			85			
	70	Suecia			35			
Sjölin S,1977	72	Suecia	58			19		4
WHO,1981	75-6	Suecia	93			44		34
Hofvander Y,1979	78	Suecia						34
Sjölin S,1979/	78/80	Suecia/						
Tammninen T,1983		Finlandia	99					50
Smith B,1983	81-2	Latino-						
		-América	92			38		24
WHO,1981	75-9	Tipo I	90			50		25
		Tipo II	95			70		60
		Tipo III	100			95		90

(+)= a la semana; (*)= al 10º día; (++)= al 5º mes

(x)= raza blanca; (xx)= raza negra.

En España, los patrones de lactancia reproducen las mismas tendencias observadas en Europa Occidental y EEUU, aunque con un cierto decalaje (Martín-Calama J,1985a) (Martín-Calama J,1986).

En nuestro país, la mayoría de los estudios sobre incidencia y prevalencia de LM son recientes (Botet F,1982) (Cerezo MA,1986) (Ferran F,1984) (Fraga JM,1981) (Muñoz-Calvo MT,1986) (Muñoz J,1986) (Martín-Calama J,1985a) (Martín-Calama J,1986) (García A,1980) (Rico JL,1982) (Salamero M,1982) (Santos L,1982) (Sánchez-Valverde F,1988) -ver tablas IX a XIX-.

Resulta difícil comparar las cifras referidas a la incidencia y duración de la lactancia materna en distintas zonas de España. La mayoría de estos estudios se basan en la demanda atendida, y en este sentido no son aplicables a toda la población. Son excepción el trabajo de Cerezo Jimenez (Cerezo MA,1986) que puede aplicarse a una parte de la población de Andalucía, y el del grupo de Félix Sánchez-Valverde, aplicable a Navarra (Sánchez-Valverde F,1988).

Los datos sobre la tendencia actual de la LM en España son contradictorios: unos autores hablan de que persiste la recuperación de la LM (Casado E,1982c) (Cerrudo P,1987) (Ramos I,1985) (Ribó MA,1983), en tanto que otros no la observan (Fraga JM,1981) (Murga ML,1987) (Pérez-Chóliz V,1986).

Estudios del Departamento de Pediatría de la Universidad Complutense realizados en Madrid, objetivan que la incidencia de la LM disminuye desde los años 1959-60 hasta 1976-77 cuando alcanza el nivel más bajo; a partir de entonces, tanto la incidencia como la duración han aumentado hasta estos últimos años (Casado E,1983) (Martín F,1981) (Tejedor V,1988). En una de las poblaciones de nuestro estudio, Fuenlabrada, mientras un autor refiere un aumento de la LM entre 1978 y 1984 (Gallego LF,1986), otros observan un lento y mantenido descenso en la aceptación de la misma en las décadas de los 70 y 80 (Cobaleda A,1989) (Contreras A,1987) (González F,1989a).

El ritmo de abandono precoz de la LM es alto en nuestro país (Cerezo MA,1986) (Muñoz R,1986) (Sarrión M,1986). El problema resulta más acuciante en zonas más desarrolladas (Durán J,1986) y en localidades de más de 70,000 habitantes (Cerezo MA,1986).

Tabla IX: DATOS SOBRE PORCENTAJES DE INICIO DE LM EN DIVERSAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS ENTRE 1965 Y 1990

Ref.estudio	Año	% Inicio LM	Lugar
Montolio B,1988	1986-87	87	Alicante
Cerezo MA,1986	1983-84	85	Andalucía
Crespo M,1976	1976	84	Asturias
Llibre MD,1991	1989-90	74	Barcelona
Wennberg Ball-Llovera CA,1979	1965	84	Barcelona
	1970	72	Barcelona
	1975-78	59-64	Barcelona
Salvador RM,1988a	1986-87	91	Barcelona
Apellaniz A,1990	1989	83	Bilbao
Ramada A,1986	1985	74	Cáceres
Ramada A,1990	1989	63	Cáceres
Marzo F,1987	1982-87	88	Córdoba
Couce ML,1987	1987	59	Coruña
Morán J,1992a	1988-89	74	España
García C,1990	1987-88	76	España Occiden.
Estevez MD,1990	1986	52-58	Gran Canaria
	1987	54-66	Gran Canaria
Dargallo JL,1987	1982-83	82	Guadalajara
Berraondo I,1987	1987	90	Guipuzcoa
Ribó MA,1983	1978-83	80	Jaén
Garín AL,1991	1988-89	87	Navarra
Sánchez-Valverde F,1988	1983-84	77	Navarra
Sánchez-Valeverde F,1991a	1989-90	85	Navarra
Martinón F,1985	1984-85	66	Orense
Bachiller MR,1990	1989	80	Palencia
Andrés A,1989	1988	87	Sevilla
Gil JM,1986	1983	80	Sevilla
Muñoz J,1986	1985	80	Sevilla
Ramos I,1983	1983	89	Sevilla
Cerrudo R,1987	1986	97	Tenerife
Benac M,1982	1980-81	74	Valencia
García A,1980	1980	73	Valencia
Mazón A,1989	1988	78	Valencia
Rico JL,1982	1980-81	70	Valencia
Santos L,1982	1980-81	73	Valencia
Martín-Calama J,1985a	1979-84	76	Valladolid
Buñuel JC,1990	años-80	85	Zaragoza
Cabañas MJ,1990	1986-88	74	Zaragoza
Castillo J,1990	1987	83	Zaragoza
	1988	77	Zaragoza
	1989	93	Zaragoza
Fuertes A,1990	1988-89	80	Zaragoza
Pérez-Choliz V,1986	1982-86	62	Zaragoza
Sanz J,1991	1990	76	Zaragoza

Hay un porcentaje alto de abandonos de la LM en las 3 primeras semanas de vida (García A,1980). Un porcentaje bajo de madres superan el 3º mes de LM (Dargallo JL,1987) (Martín-Calama J,1985a). Existe un abandono progresivo de la LM desde el 2º hasta el 10º mes (Muñoz J,1986).

En el mejor de los casos entre un 30 y un 50% de las madres mantiene la LM exclusiva tras el primer mes de vida (Sánchez-Valverde F,1988) (Usandizaga JM,1988).

Tabla X: DATOS SOBRE DURACION MEDIA DE LA LM EN DISTINTAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS ENTRE 1970 Y 1990

Ref.estudio	Año	Duración LM		Lugar
		media	d.tip.	
Llibre MD,1991	1989-90	1.9 m		Barcelona
García LA,1989	1988	2.2 m	1.31 m	Cáceres
Ramada A,1986	1985	1.1 m	1.05 m	Cáceres
Marzo F,1987	1982-87	3.9 m	2.70 m	Córdoba
Dargallo JL,1987	1982-83	2.3 m		Guadalajara
Ribó MA,1983	1978-83	2.8 m	3.14 m	Jaén
Sánchez-Valverde F,1988	1983-84	4.2 m	3.37 m	Navarra
Andrés A,1989	1988	2.7 m		Sevilla
García A,1980	1980	1.1 m	1.63 m	Valencia
Pérez-Choliz V,1986	antes 77	2.1 m	1.27 m	Zaragoza
	1982-86	2.2 m	1.51 m	Zaragoza

**Tabla XI: DATOS SOBRE PREVALENCIA DE LM -& LM EXCLUSIVA O MIXTA-
EN DIVERSAS PROVINCIAS ESPAÑOLAS ENTRE 1980 Y 1990**

Ref.estudio	Año	1ºm	2ºm	3ºm	4ºm	5ºm	6ºm
Salvador RM,1988a (Barcelona)	1986-7			31			6
Llibre MD,1991 (Barcelona)	1989-90			34			6
Apellaniz A,1990 (Bilbao)	1989	59		31			11
Ramada A,1986 (Cáceres)	1985	37	25	8	3		
Ramada A,1990 (Cáceres)	1989			33			
García C,1990 (España Occ.)	1987-8	69		27			
Ribó MA,1983 (Jaén)	1978-83	50		25			
Garín AL,1991 (Navarra)	1988-89	74	63	50	36	28	16
Sánchez-Valverde F,1988 (Navarra)	1983-4	63	50	35	26		13
Andrés A,1989 (Sevilla)	1988				31		13
Cerezo MA,1986 (Sevilla,Cordoba, Jaén,Cádiz)	1983-4	76	64	47	32	24	17
Gil JM,1986 (Sevilla)	1983				20		
Ramos I,1985 (Sevilla)	1981-4	76		28			18
Cerrudo R,1987 (Tenerife)	1986			42			10
Santos L,1982 (Valencia)	1980-1	56	42	31	16		
Fuertes A,1990 (Zaragoza)	1988-9	68		34			11
Cabañas MJ,1990 (Zaragoza)	1986-8	68		57		31	12

Tabla XII: PORCENTAJES DE ABANDONO DE LA LM EN ESPAÑA ENTRE 1980 Y 1990 EN LOS PRIMEROS MESES DE VIDA DEL LACTANTE

Periodo de tiempo (edad del niño)	% de madres que abandonan LM	Autores
RN - 3ºd.	21	Rico JL,1982
RN - 8ºd.	39	García A,1980
RN - 15ºd.	33	Martinón F,1985
RN - 15ºd.	20	Montolio B,1988
RN - 20ºd.	21	Ramos I,1983
RN - 30ºd.	37	Ramada A,1986
RN - 30ºd.	25	Dargallo JL,1987
RN - 30ºd.	26	Muñoz J,1986
RN - 40ºd.	45	Salvador RM,1988a
RN - 60ºd.	33	Gil JM,1986
RN - 60ºd.	71	Ramos I,1983
RN - 60ºd.	50	Sánchez-Valverde F,1988
RN - 60ºd.	67	Muñoz J,1986
RN - 90ºd.	63	Jimenez D,1988
RN - 90ºd.	80	Dargallo JL,1987
RN - 90ºd.	60	Ballester A,1989c
RN - 90ºd.	79	Bachiller MR,1990

Tabla XIII: DATOS SOBRE PORCENTAJES DE INICIO DE LM EN MADRID ENTRE 1950 Y 1990

Ref.estudio	Año	% Inicio LM
Martín F,1981	1981	81
Casado E,1982a	1950-59	82
	1960-61	84
	1976-77	62
	1981-86	86
Muñoz MT,1986;Muñoz MT,1987	1985	80
Muñoz J,1986	1970	80
Murga ML,1987	1985	78
	1987-88	67
Temboury MC,1990a	1987-90	87
Fernández-Llebrez J,1990	1985-90	80
Tejedor V,1990	1984-90	76
Puga M,1991	1988-90	76
Esparraguera T,1991		

Tabla XIV: DATOS SOBRE SEGUIMIENTO DE LM EN MADRID ENTRE 1950 Y 1987

Ref.estudio /Años	% de seguimiento de LM según la edad del niño que inicia LM						
	RN	1mes	2mes	3mes	4mes	5mes	6mes

Casado E,1982a							
1950-59	>--7->	---6---	-----87-----				
1960-61	>--7->	---5---	-----88-----				
1976-77	>--5->	--16-->	-----79-----				
Muñoz MT,1986;							
Muñoz MT,1987							
1981-86	>-----56-----		<-----44-----				
Murga ML,1987							
1970	>-----40-----		<-----32-----		<--28---		
1985	>-----41-----		<-----46-----		<--13---		

Tabla XV: DATOS SOBRE DURACION MEDIA DE LM EN MADRID ENTRE 1970 Y 1991

Ref.estudio	Año	Duración de LM	
		media	d.tip.
<hr/>			
Murga ML,1987	1970	4.1 m	3.68 m
	1985	3.1 m	1.93 m
Marco M,1989	1986-88	3.2 m	
Temboury MC,1990a	1987-88	2.0 m	1.95 m
Temboury MC,1990c	1989-90	2.4 m	2.1 m
Temboury MC,1990d	1989	3.3 m	2.2 m
Villegas V,1991	1988-91	2.9 m	

Tabla XVI: DATOS SOBRE PREVALENCIA DE LM -% LM EXCLUSIVA O MIXTA-
EN MADRID ENTRE 1970 Y 1988

Ref. estudio	1ºm	2ºm	3ºm	4ºm	5ºm	6ºm
Casado E,1982a						
1976-77	37	27				
Martín F,1981						
1981		44				
Murga ML,1987						
1970			48			22
1985			46			10
Temboury MC,1988						
1987-88	72	58	39	23		8

Tabla XVII: DATOS SOBRE PORCENTAJES DE INICIO DE LM EN
FUENLABRADA-LEGANES ENTRE 1965 Y 1988

Ref.estudio	Año	% Inicio LM	Lugar
Díaz E,1986	1986	66	Fuenlabrada
Gallego LF,1986	1978-84	65	"
Cobaleda A,1989	1965	90	"
	1983	41	"
González FJ,1989a	1980-88	83	"
	1980	77	"
	1981	73	"
	1982	82	"
	1983	87	"
	1984	82	"
	1985	81	"
	1986	83	"
	1987	86	"
	1988	85	"
Arana C,1987	1986-87	74	Leganés
Gómez E,1991	1990	87	Fuenlabrada

Tabla XVIII: DATOS SOBRE SEGUIMIENTO DE LM EN FUENLABRADA-LEGANES ENTRE 1970 Y 1987

Ref.estudio /Años	% de seguimiento de LM según la edad del niño que inicia LM						
	RN	1mes	2mes	3mes	4mes	5mes	6mes
<hr/>							
Díaz E, 1986							
(Fuenlabrada)							
1986	>-----44-----	<-24->	-----10-----	<--22---			
Contreras A, 1987							
(Fuenlabrada)							
1980	>-----42-----						
1981	>-----43-----						
1982	>-----41-----						
1983	>-----40-----						
1984	>-----37-----						
Gallego LF, 1986							
(Fuenlabrada)							
1978	>--67-<-----33-----	<-----0-----					
1979	>--26-<-----63-----	<-----0-----					-10
1980	>--40-<-----45-----	<-----15-----					--0
1981	>--33-<-----46-----	<-----17-----					--8
1982	>--44-<-----39-----	<-----6-----					-11
1983	>--23-<-----23-----	<-----54-----					--0
1984	>--25-<-----25-----	<-----25-----					-25
Arana C, 1987							
(Leganés)							
1986-87	>-----47-----	<-19->	-----34-----				

Tabla XIX: DATOS SOBRE DURACION MEDIA DE LM EN FUENLABRADA ENTRE 1965 Y 1990

Ref.estudio	Año	Duración de LM	
		media	d.tip.
Cobaleda A,1989	1965-71	5.3 m	0.27 m
	1972-78	3.2 m	0.48 m
	1978-83	1.8 m	0.18 m
González FJ,1989a	1980-88	3.3 m	3.25 m
	1980	3.4 m	3.70 m
	1981	3.5 m	3.85 m
	1982	3.5 m	3.98 m
	1983	3.4 m	2.90 m
	1984	3.6 m	3.38 m
	1985	3.5 m	3.60 m
	1986	3.2 m	3.00 m
	1987	2.9 m	2.50 m
	1988	2.7 m	1.76 m
	1990	3.6 m	2.40 m
Gómez E,1991			

I.3.1.3. CONDICIONANTES PARA EL CAMBIO DE HABITOS EN LACTANCIA EN EL ULTIMO SIGLO

La práctica de la lactancia artificial data de los últimos 100 años. Hasta entonces no existían dudas sobre la supremacía de la alimentación natural para los lactantes, ya que cuando por algún motivo fallaba los niños se veían en situaciones comprometidas a las que no sobrevivían o lo hacían con dificultad (Fomon SJ,1976). Estas situaciones graves estimularon la investigación hacia la búsqueda de un sustituto eficaz de la leche humana mediante modificaciones en la leche de otras especies (Martín-Calama J,1985b).

En las primeras décadas del siglo actual ya existían en el mercado sustitutos de leche humana con garantías mínimas para la nutrición infantil; a partir de ese momento asistimos a un

abandono generalizado de la mama como órgano nutricio⁵. Este abandono que (Koçtürk T,1989b) afecta en mayor grado a la duración que a la incidencia (Martín-Calama J,1985b), progresó hasta alcanzar un mínimo en los años 50. Esta tendencia ha cambiado hace muy pocos años, observándose un renovado interés por la LM (Casado E,1979).

La elección del amamantamiento o de la lactancia artificial depende en gran parte de circunstancias ligadas a factores geográficos, raciales, familiares, sociales, culturales, religiosos, económicos, políticos, de educación sanitaria, etc. (Sánchez E,1989). Estos condicionamientos son los que influyeron en la declinación y casi abandono de la lactancia materna en un determinado momento, en la rectificación posterior de este comportamiento (Martín-Calama J,1986).

Los hábitos alimentarios, que en las sociedades tradicionales, siguen unos patrones uniformes y monótonos, en los países occidentales sufren sensibles variaciones según el nivel socio-económico, la educación, la publicidad, etc, (Sabate F,1984). Así, el abandono de la lactancia fué más pronunciado y precoz en los países desarrollados y más industrializados, que marcaron el comportamiento de los menos avanzados (Fomon SJ,1974) (Helsing E,1985) (Hofvander Y,1979) (Martín-Calama J,1986) (Martínez GA,1981a) (Martínez GA,1983) (Rumeau-Rouquette C,1980) (Salamero M,1982) (Sand EA,1973) (Stahlberg MR,1985) (WHO,1981a). También se pudo comprobar que dentro de un mismo país, desarrollado o en desarrollo, los cambios de actitud respecto a la LM se observaban en primer lugar en las clases más elevadas socioeconómicamente y que luego las seguían las clases menos favorecidas (Martín-Calama J,1986) (Salamero M,1982) (WHO,1981a). El comportamiento de estas últimas tiene un carácter mimético, de la misma forma que los emigrantes imitan los hábitos alimenticios del país a donde emigran (Goel KM,1978) (Koçtürk TO,1986b).

Por lo anterior, los índices de incidencia y duración de la lactancia natural han sufrido considerables variaciones a lo

⁵ Abandono calificado como el mayor experimento sin control realizado por el hombre (Hendrickse RG,1976), de repercusiones económicas comparables a las de la crisis energética, puesto que representa un desperdicio de recursos naturales de valor incalculable, precisamente en los países subdesarrollados que más lo necesitan (Jelliffe DB,1975). O como lo calificó Plata Rueda (Plata E,1978) el "cambio más significativo de la conducta humana que se registra en la historia".

largo de las últimas décadas. Asimismo la prevalencia de la lactancia materna, expresada como el número de madres que la practican y su continuación en el tiempo, ha declinado en algunos grupos de población⁶.

Algunos de los elementos que influyen en el cambio de hábitos de lactancia en los últimos cien años, quedan reflejados en la tablas XX y XXI.

A medida que se acumulaban los conocimientos sobre la relación entre la salud y la alimentación de lactantes y niños pequeños, se acrecentaba igualmente el interés en el posible resurgimiento de la LM. Hasta los años 1961-1970, estaba relativamente generalizada la opinión de que el abandono progresivo de la lactancia natural era un 'hecho de la vida moderna' pero, esta premisa empezó a ser puesta cada vez más en tela de juicio y se comenzó a dudar de que la tendencia fuese realmente irreversible (Vahlquist B, 1981).

Los hábitos de LM han cambiado notablemente en los últimos años en distintos países. Asistimos a la recuperación del amamantamiento, siguiendo las mismas vías por las que se difundió el abandono, de forma que el cambio se ha iniciado en los países con mayor potencial industrial, y se va propagando por el resto. En las sociedades industrializadas las madres de clase social media y alta tienden a dar el pecho a sus hijos en más proporción y durante más tiempo que las madres pobres (Fomon SJ, 1976) (Frischknecht W, 1978) (Hally MR, 1984) (Koçtürk T, 1989b) (Lyon AJ, 1984) (Martínez GA, 1983) (Taitz LS, 1983). Cabe esperar que la duración de la LM aumente entre las familias con bajos ingresos económicos y/o bajo nivel de educación materna (Forman MR, 1985) (Martínez GA, 1979) (Martínez GA, 1982) (Rassin DK, 1984) (Smith JC, 1982) siguiendo el ejemplo de la élite (WHO, 1982).

La LM se encuentra en fase de recuperación en España. Se ha recuperado, sobre todo, la intención de las madres de dar el pecho a sus hijos (Nogales A, 1989b).

La sensible recuperación de la LM en los últimos años se ha debido a la contribución de factores como los que se exponen en la tabla XXII.

⁶ Para la salud infantil, especialmente en los países en desarrollo y económicamente deprimidos, las implicaciones de esta tendencia resultan serias (WHO, 1982).

Tabla XX: FACTORES QUE INFLUYERON EN EL CAMBIO DE HABITOS DE LACTANCIA (I)

- Industrialización, revolución industrial (Martín-Calama J,1986) (Petros-Barvazian A,1978).
 - Emigración a grandes núcleos urbanos y desarrollo de las ciudades (Casado E,1989) (Martín-Calama J,1986) (Petros-Barvazian A,1978).
 - Facilidad de comunicaciones (Sánchez E,1984).
 - Cambios bruscos e intensos en la sociedad (Comín J,1946) (Leliep R,1980) (Sánchez E,1984).
 - Incorporación de la mujer a la vida laboral (Casado E,1989) (Koçtürk T,1989b) (Martín-Calama J,1986) (Nogales A,1989a) (Pérez M,1979) (Petros-Barvazian A,1978) (Sánchez E,1989). Falta de ayudas y asistencia social (Petros-Barvazian A,1978) (Sánchez E,1989). Instituciones para lactantes -guarderías- (Martín-Calama J,1986).
 - Ansiedad de la mujer por el estrés ambiental y del hogar (Nogales A,1989a) (Pérez M,1979) (Sánchez E,1984).
 - Relación madre-hijo (Winnicott DW,1970). Puritanismo moderno: el niño es apartado de su madre tras el parto, se le arropa de forma que no puede acceder con sus manos al pecho materno, y se organiza la alimentación y otras actividades siguiendo el reloj (Winnicott DW,1970) y el calendario -se mira el reloj para decidir cuando un lactante que llora y se muerde los puños, está preparado para comer- (Harrell BB,1981).
 - Movimientos de liberación de la mujer: liberación de la madre de la "obligación" de alimentar a sus hijos (Koçtürk T,1989b) (Martín-Calama J,1985b) (Martín-Calama J,1986) (Petros-Barvazian A,1978) (Sánchez E,1984) y de la carga de comidas frecuentes y tomas nocturnas, abocando al suplemento lácteo (Harrell BB,1981).
 - Fomento del sentido erótico de la mama (Harrell BB,1981) (Martín-Calama J,1985c) (Martín-Calama J,1986) (Petros-Barvazian A,1978) y modificaciones en el comportamiento sexual (Petros-Barvazian A,1978). Razones estéticas (Casado E,1975) (Nogales A,1989a) (Pérez M,1979).
 - Descenso de la natalidad y de la fecundidad (Sánchez E,1989).
 - Modificación de la estructura familiar y ruptura de actitudes y tradiciones existentes (Casado E,1989). Inestabilidad familiar: aumento de la tasa de maternidad en edades juveniles, ilegitimidad, unión de parejas no estables, desajustes conyugales, divorcios (Harrell BB,1981) (Sánchez E,1989).
-

Tabla XXI: FACTORES QUE INFLUYERON EN EL CAMBIO DE HABITOS DE LACTANCIA (II)

- Marketing de la industria alimentaria: prospección comercial de los mercados; magnificación de las cualidades de las fórmulas artificiales; campañas comerciales en pro de los sustitutos de la leche materna a precios asequibles; influencia pseudocientífica de la industria alimentaria sobre la población (Casado E,1982b) (Casado E,1989) (García A,1980) (Koçtürk T,1989b) (Petros- Barvazian A,1978) (Sánchez-Valverde F,1988) (Tormo R,1982).
 - Avances tecnológicos en la fabricación de fórmulas artificiales (Anderson SA,1982) (Casado E,1975) (García A,1980) (Martín-Calama J,1986) (Nogales A,1989a) (Pérez M,1979) (Sánchez-Valverde F,1988).
 - Fácil obtención de sustitutos eficaces de la LM (Petros- Barvazian A,1978).
 - Confianza excesiva en las fórmulas lácteas y supuesta mayor comodidad para la mujer que trabaja o que desea hacer vida social amplia (García A,1980) (Harrell BB,1981) (Sánchez E,1984).
 - Acción de la publicidad y medios de comunicación (Petros- Barvazian A,1978).
 - Consumismo y deseo de satisfacer, con carácter urgente, cualquier nueva expectativa (Sánchez E,1984).
 - Cuestionamiento de las ventajas de la lactancia natural (Casado E,1975) (García A,1980) (Harrell BB,1981) (Martín-Calama J,1986) (Sánchez-Valverde F,1988).
 - Falta de unanimidad entre los países respecto a las recomendaciones dietéticas (García A,1980).
 - Política seguida por los Servicios de salud por acción u omisión (Koçtürk T,1989b) (Petros-Barvazian A,1978).
 - Incompetencia, falta de entusiasmo y desinterés del médico y otros sanitarios en recomendar la LM (Casado E,1982b) (García A,1980) (Nogales A,1989a) (Pérez M,1979).
 - Inadecuada educación sanitaria de la población (García A,1980) (Nogales A,1989a) (Pérez M,1979).
 - Decisión sobre el tipo de alimentación, dejada en gran parte a la madre (García A,1980) (Nogales A,1989a) (Pérez M,1979).
 - Enfermedad y muerte infantiles (Martín-Calama J,1985b).
-

Tabla XXII: FACTORES QUE HAN CONTRIBUIDO A LA RECUPERACION DE LA LM EN LOS ULTIMOS AÑOS

- Organismos Internacionales, que han promocionado la LM (AAP,1976) (AAP,1978) (AAP,1982a) (ESPGAN,1982) (OMS,1981) (Underwood BA,1982).
 - Trabajos científicos encaminados a demostrar las ventajas sanitarias específicas y generales (Koctürk T,1989b) (Paine R,1982) que conlleva la LM para la salud del lactante desde el punto de vista de su protección contra las diarreas (ESPGAN,1982) (Feachen RG,1984), infecciones respiratorias (Frank AL,1982), enfermedades alérgicas (Hide DW,1985) (Savilahti E,1985) y, en definitiva, disminuyendo la morbilidad, la mortalidad (Ballabriga A,1984) -sobre todo en condiciones desfavorables- (Millman SR,1987), e incluso el número de ingresos hospitalarios de los niños que se alimentan con leche materna (Fallot ME,1980) (Leventhal JM,1986).
 - La explosión de información respecto a la composición de la leche humana y las características funcionales de sus componentes (Fomon SJ,1987) (Goldman AS,1982) (Goldman AS,1986b) (Hamosh M,1982) (Heird WC,1984) (Lucas A,1980) (Read LC,1984).
 - Conocimiento, en su justa medida, de los riesgos de la alimentación artificial (Koctürk T,1989b).
 - Aumento de la conciencia feminista y razones ambientales para una "vuelta a lo natural" -años 70-. Las mujeres cultas han establecido grupos de apoyo para ayudarse unas a otras en una mejor maternidad (Countryman BA,1988) (Paton M,1988) (Helsing E,1988). Se considera ahora la LM como una opción natural de las mujeres emancipadas (Koctürk T,1989b).
 - Estrategia de los laboratorios de alimentación infantil avalada por una asociación del incremento de LM en lactantes pequeños y un incremento de la lactancia de biberón en los mayorcitos (Fomon SJ,1987).
-

No parece factible elaborar un calendario del abandono y recuperación de la LM por países con el fin de comparar los porcentajes de inicio y abandono de la lactancia, ya que la mayoría de estos estudios no son homogéneos haciendo inviable un análisis estadístico de los mismos (Martín-Calama J,1986) (Morán J,1992a) (Sánchez-Valverde F,1991a).

I.3.2. PRINCIPALES VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA LACTANCIA MATERNA

La alimentación con leche materna tiene ventajas para el lactante, para la madre y para la unidad familiar (Koçtürk T, 1988a).

I.3.2.1. VENTAJAS FUNDAMENTALMENTE PARA EL HIJO

Alimento idóneo, natural y conveniente:

Muchas madres eligen el amamantamiento porque es mejor para la salud del lactante (Messenger M, 1982). Otras, porque es "conveniente" y luego, porque es "natural"¹. La conveniencia del amamantamiento está relacionada con su naturalidad -la leche fluye por la succión del lactante, allá donde esté la madre, a la temperatura y concentración correctas-.

No hay objeción a que una madre amamante a su hijo tanto tiempo como ambos deseen cuando ésta ve el amamantamiento como una manera agradable, conveniente y saludable de alimentar a su hijo (AAP, 1978) (AAP, 1982a) (Messenger M, 1982).

La leche materna es el alimento ideal para el lactante (Barness LA, 1977) (Casado E, 1975) (Jeliffe DB, 1977), por lo menos hasta la edad de 5 a 6 meses, ya que cubre todas las necesidades nutritivas, asegurando un crecimiento y desarrollo óptimos y evita riesgos innecesarios (AAP, 1981c) (AAP, 1982a) (Camarero C, 1985) (Eleanor MP, 1980) (ESPGAN, 1977) (ESPGAN, 1982) (Hambræus L, 1977). Es nutricionalmente superior a la alimentación artificial (Koçtürk T, 1988c) (Nogales A, 1989a) (Vahlquist B, 1981) (Valverde F, 1982).

El periodo neonatal es uno de los más críticos y vulnerables. Durante el mismo, el niño experimenta un rápido crecimiento, con necesidades nutritivas importantes y específicas. Termina de pasar de una alimentación placentaria, semejante a la parenteral, a la ingesta oral, dependiendo de un alimento único, la leche, cuyas eventuales deficiencias no pueden compensarse con otro tipo de aportes; además presenta una

¹ La LM es algo natural, y todo lo natural suele tener muy buenos fundamentos (Winnicott DW, 1990). La simple observación nos muestra como la Naturaleza ha hecho siempre bien las cosas. Nunca nos ha defraudado (Casado E, 1982c).

inmadurez digestiva² y una labilidad metabólica notables con respecto a edades posteriores (Nogales A,1989c) (Valverde F,1982).

Durante los primeros cinco días después de iniciar la LM, la leche está en la etapa llamada "calostro". El volumen varía entre 2 y 10 ml/toma/día en los primeros 3 días, relacionado, en parte, con la paridad de la madre (Worthington-Roberts BS,1989). Del 6º al 10º día, existe un periodo de transición, durante el cual cambian las proporciones de los constituyentes químicos e inmunológicos que caracterizan el calostro, hasta llegar a los de la leche madura³. El proceso de transición se desarrolla a lo largo del primer mes de lactación.

En comparación con el calostro, la leche madura tiene más grasas, más lactosa y más vitaminas del grupo B, pero menos proteínas, menos minerales y menos vitaminas liposolubles (Anderson GH,1985)

El calostro mejora la supervivencia del lactante suministrándole nutrición e inmunización específica e inespecífica durante el periodo neonatal (Hanson LA,1985) (Ogra PL,1979). Este fenómeno es más importante en países en vías de desarrollo (Kocürk T,1988a). La lactancia temprana es importante para el lactante y también estimula la producción de "leche madura" (Salariya EM,1978), disminuyendo el riesgo de fracaso de la LM (De Chateau P,1977a). Sin embargo, en muchas culturas el calostro rara vez o nunca se da al lactante⁴.

Dar agua o suero glucosado a los niños alimentados al pecho no parece necesario ni en climas cálidos (Almroth SG,1978)

² El RN a término, el pretérmino y el lactante tienen una función digestiva inmadura. No se alcanza la madurez total hasta los dos años, época en la que ya el niño puede tomar una alimentación variada, y equilibrada, semejante a la del adulto. Hasta esa época, hay que tener muy en cuenta no sólo las necesidades del niño, sino la calidad del nutriente ofrecido para que pueda ser absorbido y asimilado en grado óptimo (Arízum J,1982).

³ En una misma mujer existe una considerable fluctuación en los constituyentes de la leche desde la etapa de calostro hasta la de leche madura en las etapas transicionales de la lactancia. Las diferencias de composición en los días iniciales de ésta se han atribuido a la maduración metabólica y fisiológica de la glándula mamaria, para adaptarse a la producción de leche.

⁴ Por ejemplo, en Turquía (Kocürk T,1988b) al lactante se le "mantiene a distancia del pecho" durante aproximadamente 9- 12 horas, y en su lugar se le alimenta con mezclas de azúcar y agua, miel y mantequilla, o fórmula. Después de esto les dan dichos alimentos junto con leche materna durante una semana o hasta que aparece la leche "madura". Se sigue esta práctica a causa de las creencias injustificadas de que el calostro es insuficiente para cubrir las necesidades energéticas del lactante y de que el calostro y la "leche temprana" causan o agravan la ictericia.

(Casado E,1983) (Goldberg NM,1983) (Illingworth RS,1983) (Helsing E,1985). Tampoco parece prudente ya que puede ser una vía de contaminación (Almroth SG,1978) (Illingworth RS,1983) (Potoian-Schuhaiber S,1986)

Es muy eficiente -80 a 90%- la conversión de calorías de alimentos ingeridos por la madre en leche. Las fuentes de estas calorías son la dieta materna -unas 500 kcal/día- y los depósitos grasos de la mujer (Nogales A,1989c).

Las modernas técnicas de análisis han demostrado que en muchos aspectos la leche humana es única y no es posible reproducir su composición exacta⁵, que además varía de una madre a otra, de un día a otro, en diferentes momentos del día e incluso durante una sola mamada, siendo incluso distinta del principio al final de la misma tetada⁶ (Casado E,1982b) (Neville MC,1984). También cambia en relación con el periodo de lactación (Nommsen LS,1991). Además, su composición depende de la dieta de la madre, particularmente por su contenido en grasas poliinsaturadas y, en menor medida, por el estado nutricional de la madre (ESPGAN,1982) (Nogales A,1990b) (Lönnerdal B,1986) (Valverde F,1982).

En las tres últimas décadas se dispone de múltiples estudios de la composición de la leche humana, que incluyen elementos minerales (Gil A,1987) (Worthington-Roberts BS,1989).

La leche humana está constituida por agua en cerca del 90%, tiene una densidad de 1.032 y un pH algo más ácido que el plasma

⁵ El uso de la "composición media de la leche humana" como base para el cálculo de las necesidades del lactante, y en consecuencia como modelo para la composición recomendada de alimentos de fórmula, aunque no es ideal, sigue siendo la mejor guía disponible, a falta de otros datos más fiables en que basar tales recomendaciones (ESPGAN,1982).

⁶ Los lípidos de la leche humana van experimentando cambios para adaptarse a las necesidades del crecimiento del niño. Las fórmulas adaptadas tienen, con más ó menos exactitud, la misma composición de ácidos grasos que la leche humana madura, pero no se tiene en cuenta el periodo de las dos primeras semanas después del parto, durante las cuales el neonato lactado al pecho recibe normalmente calostro y una leche "temprana" que difiere en bastantes aspectos de la leche madura (Lawrence RA,1980). Algo similar ocurre con los aminoácidos libres en la leche de mujer. Por lo que, pese a los grandes avances de la dietética, mientras no tengamos leche de fórmula con una composición idéntica a la de la leche humana, no veremos resuelto el problema de la alimentación artificial en el lactante pequeño (Pajarón M,1984) (Pajarón M,1985).

(7.08). Posee hidratos de carbono⁷ en solución, lípidos⁸ en emulsión, proteínas⁹ en suspensión coloidal, vitaminas¹⁰,

⁷ Los carbohidratos brindan energía, pero además pueden estimular la absorción de minerales, modular el desarrollo de bacterias, e impedir la fijación de bacterias seleccionadas a las células epiteliales de las vías respiratorias y digestivas que están expuestas a la leche humana con cada mamada (Garza C,1987). La lactosa constituye aproximadamente el 80% de los carbohidratos totales de la leche humana (ESPGAN,1982), proporciona, aproximadamente, el 50% de su contenido energético y es determinante para la flora gastrointestinal del neonato; como se digiere lentamente, cantidades importantes de la misma pueden llegar al intestino grueso, donde posiblemente modelen la flora residente. Estudios recientes valorando H₂ en la respiración, un marcador aceptado de la fermentación de carbohidratos en el colon, han demostrado que grandes cantidades de lactosa llegan al intestino grueso de lactantes que toman el pecho (Garza C,1987). La intolerancia transitoria para lactosa es una complicación frecuente de la gastroenteritis viral y bacteriana (Garza C,1987). En condiciones clínicas similares, la intolerancia para la lactosa no parece ser tan frecuente en lactantes que toman el pecho, además de contribuir a la reducción del número y volumen de las deposiciones diarreicas y reducir las necesidades de líquidos rehidratantes (Khin-Maung-U,1985) (Lifschitz CH,1990).

⁸ La grasas proporcionan energía, y algunas tienen propiedades antivirales (Garza C,1987). Aproximadamente, el 90% de los lípidos en la leche humana están en forma de triglicéridos (Worthington-Roberts BS,1989). Los triglicéridos contienen más de 150 ácidos grasos diferentes. En gran medida se desconocen sus orígenes y sus funciones individuales, así como los de muchas de las fracciones lípidas menores (Jensen RG,1978). Las proporciones relativas de ácidos grasos dependen en gran medida de los hábitos dietéticos y del estado nutricional de la madre (Guthrie HA,1977). Es imposible reproducir la composición exacta de la grasa de la leche humana por medio de combinaciones de grasas animales y vegetales. Lo más parecido que puede conseguirse es una composición que, con respecto a los ácidos grasos principales, se parezca a la de la leche humana "media". La mejor absorción de la grasa de la leche humana se debe en gran medida a la estructura distintiva de sus triglicéridos, que no pueden reproducirse fácilmente (ESPGAN,1982).

La concentración de colesterol es más elevada en la leche humana que en la de vaca (Mellies MJ,1979) pero, no se ha añadido a las fórmulas para lactantes porque no se conoce ninguna ventaja de un nivel alto (ESPGAN,1982).

La grasa de la leche humana parece ser muy digerible, posiblemente a consecuencia de varios factores, que incluyen la combinación de composición de ácidos grasos, especificidad de la posición de triglicéridos, y actividades enzimáticas complementarias que originan en la leche y en el aparato gastrointestinal del lactante (Garza C,1987).

La fracción lipídica de la leche humana también proporciona ácidos grasos esenciales para fines estructurales -membranas celulares- y otros fines funcionales -prostaglandinas- y vitaminas liposolubles.

⁹ Las proteínas brindan aminoácidos para el crecimiento, pero se presentan como polipéptidos que facilitan la digestión, la defensa del huésped, y otras funciones (Garza C,1987).

Además de la diferencia de proporción entre diversas fracciones proteínicas de la leche humana y de la vaca, hay diferencias químicas características entre los componentes caseínicos (Kunz C,1990). La diferencia de composición de las proteínas del suero es aún mayor. La alfa-lactoalbúmina, las inmunoglobulinas y la lactoferrina son las principales proteínas (Worthington-Roberts BS,1989). A diferencia de la leche de vaca, la leche humana contiene considerables cantidades de nitrógeno no proteínico (aproximadamente el 25% de N total en la leche humana madura en comparación al 5% en la leche de vaca) (Packard VS,1982), procedente principalmente de aminoácidos libres, pequeños péptidos, aminoazúcares, creatina, creatinina y glucolípidos. La leche humana también tiene un contenido elevado de taurina libre, nucleótidos y poliaminas (ESPGAN,1982).

¹⁰ La dieta materna influye fuertemente en la concentración de la mayoría de vitaminas de la leche humana. En un lactante sano alimentado al pecho todo el tiempo de una madre sana bien nutrida es improbable que se desarrolle una deficiencia vitamínica, salvo posiblemente de vitamina D. Como la Vit B12 está presente sólo en productos animales, se ha informado de anemia megaloblástica en lactantes alimentados al pecho de madres vegetarianas estrictas (ESPGAN,1982).

La mayor parte de la vitamina D de la leche humana está en forma hidrosoluble como sulfato de Vitamina

minerales¹¹, hormonas¹², enzimas¹³, células y elementos de

D, estando sólo una pequeña cantidad en forma liposoluble. Con tal que pueda demostrarse que la forma hidrosoluble ejerce una actividad biológica parecida a la liposoluble, las necesidades de los lactantes alimentados todo el tiempo al pecho puede satisfacerse sin suplementación. Sin embargo, estudios recientes señalan que el sulfato de vitamina D no es la fuente principal de actividad de la vitamina D en la leche humana y será necesaria la suplementación si hay deficiencia de vitamina D materna, falta de luz solar u otros factores socioeconómicos o ambientales adversos (ESPGAN,1982).

Las necesidades de vitamina D del lactante que toma pecho exclusivamente, se cubren suficientemente si el niño pasa al aire libre dos horas por semana, totalmente vestido pero sin sombrero, incluso en clima frío y aunque esté nublado (Specker BL,1985a).

Los niveles de vitamina K de la leche humana, especialmente del calostro, son bajos. Sin embargo, raras veces se registran signos clínicos de deficiencia de vitamina K en lactantes a término, con tal que la alimentación al pecho se comience pronto. No debiera ser necesaria la suplementación sistemática (ESPGAN,1982).

La vitamina A de la leche humana suele ser suficiente para mantener las concentraciones normales de retinol plasmático. Incluso en los países en vías de desarrollo, la deficiencia de vitamina A no es un problema durante el primer año de vida. Un descenso del contenido de vitamina A de la leche ha de ir precedido por el agotamiento de las reservas de la madre en esta vitamina (ESPGAN,1982).

La vitamina C suele estar presente en cantidades suficientes en la leche humana. Si la leche humana exprimida es tratada por el calor (por ejemplo para su conservación) pueden destruirse algunas vitaminas, sobre todo la C, la tiamina y la B6 y será necesaria la suplementación (ESPGAN,1982). Los lactantes nacidos de embarazos a término y alimentados exclusivamente con LM parecen estar bien protegidos contra el déficit de Vitamina C (Salmenperä L,1984).

¹¹ La eficiente absorción del calcio de la leche humana se debe a muchos factores. Entre ellos, el elevado contenido de lactosa, la composición y estructura de las grasas, la baja capacidad de tamponamiento. El más importante es el grado de mineralización del esqueleto, mediado por un control retroactivo de la síntesis de 1, 25 dihidroxi-colecalciferol (ESPGAN,1982).

La absorción de hierro de la leche humana es muy eficiente (Rodríguez JC,1985), absorbiéndose del 50 al 70% en comparación con sólo del 10 al 30% de la leche de vaca (McMillan JA,1977) (Saarinen UM,1979b). La elevada concentración de lactoferrina de la leche humana es probablemente el principal factor a que se debe esta diferencia (Brock JH,1980). Los niños normales amamantados, no sufren anemia ferropénica, y los suplementos de hierro pueden contrarrestar la acción antibacteriana de la lactoferrina (Schulz-Lell G,1987). Pueden intervenir ligandos especiales en la absorción "facilitada" de muchos minerales y oligoelementos y un mecanismo de este tipo se ha demostrado ya para el zinc (ESPGAN,1982).

¹² Se han detectado en la leche humana las hormonas maternas conocidas, aunque no se sabe bien cual es su papel en la leche (Anderson GH,1985).

¹³ La leche humana contiene más de 20 enzimas activas, (Heitlinger LA,1983) (Shahani KM,1980), de las cuales unas de las más importantes son las lipasas (Jensen RG,1982) que se segregan en la leche y son activas en el estómago del lactante.

A diferencia de la leche de vaca, la leche humana contiene una lipasa dependiente de las sales biliares. Este enzima termolábil hidroliza la grasa de la leche rápida y casi completamente. En contraste con la lipasa pancreática no posee una especificidad posicional. Se mantiene activo en el duodeno, y los estudios in vivo han confirmado que contribuye a la digestión de los lípidos lácteos y en particular de los ésteres del retinol. Al igual que otras leches, la humana contiene también una lipoproteína lipasa, a la que puede deberse el enranciamiento durante la conservación. Este enzima se ha considerado uno de los agentes etiológicos de la ictericia por leche materna, pero en trabajos más recientes se indica que pueden tener mayor importancia ciertos derivados de los estrógenos (ESPGAN,1982).

La concentración de enzimas en la leche humana recibe una gran influencia de la etapa de la lactación, la mayor parte se segregan en sus concentraciones más altas poco tiempo después del parto (Heitlinger LA,1983). Su función fisiológica es, en la mayor parte de los casos, incierta.

carácter inmunológico¹⁴ (Nogales A,1990b), mostrando importantes diferencias cuali y cuantitativas en su composición respecto a la leche de vaca (Brostrom K,1985) (ESPGAN,1977) (ESPGAN,1982) (George DE,1985), incluyendo "factor mitógeno"¹⁵, moduladores del crecimiento¹⁶, taurina¹⁷, carnitina¹⁸.

Existen claras diferencias en el contenido de nutrientes de la leche en las diferentes especies de mamíferos. En líneas generales, el contenido en proteínas y sales minerales de las respectivas leches está en relación directa con la velocidad de crecimiento¹⁹. La cantidad de lactosa, por razones de equilibrio

¹⁴ Parece que la leche humana es capaz de estimular activamente la producción de factores de inmunidad seleccionados por el neonato mismo (Garza C,1987).

¹⁵ Uno de los constituyentes que hacen que la leche de mujer sea superior a la de vaca es la presencia en aquella de un factor mitógeno que estimula la síntesis de DNA e induce la división en las células de los cultivos, que existe en altas concentraciones en el calostro. A medida que el tiempo desde el nacimiento se prolonga, el carácter de la leche se modifica y la actividad mitógena disminuye. El mitógeno de la leche influiría sobre la proliferación de células en la glándula mamaria de la madre o sobre el crecimiento celular y desarrollo del neonato (Klagsbrun M,1979).

¹⁶ La leche humana contiene moduladores de crecimiento de importancia clínica potencial para el RN. Aunque su presencia en la leche humana no establece por sí misma su importancia, es cierto que se empieza a acumular pruebas que indican un probable significado fisiológico. Los moduladores de crecimiento presentes en leche humana engloban: EGF -Epidermal Growth Factor-, NGF -Nerve Growth Factor-, determinadas enzimas y taurina (Gaulle GE,1985).

¹⁷ El lactante humano no puede sintetizar en adecuada cantidad la taurina a partir de precursores cistina y metionina y depende de la dieta como una fuente de taurina (Rigo J,1977), aminoácido que está distribuido ampliamente en los fluidos y los tejidos del hombre. En los mamíferos, la taurina es uno de los productos principales del metabolismo de la metionina. Parece ser un componente importante del cerebro en desarrollo y debe ser administrada al lactante en la dieta (Gaulle GE,1979). Se sabe que la taurina juega papel en la conjugación con ácidos biliares y xenobióticos. Parece que tiene importancia en la estabilidad y el desarrollo de la membrana celular. Se requiere taurina en la dieta del lactante humano (Gaulle GE,1982). Su deficiencia puede causar daño retiniano y se considera ya como un modulador de crecimiento (Gaulle GE,1983). Las muestras de leche de vaca resultan pobres en taurina en comparación con las muestras de leche humana (Erbersdobler HF,1984), por lo que se recomienda que las leches de inicio sean suplementadas con taurina (Torno R,1983) (Gaulle GE,1989).

¹⁸ La carnitina es esencial para la utilización de ácidos grasos de cadena larga: facilitando su transporte a través de la membrana mitocondrial por β -oxidación (Borum PR,1983). La carnitina no es un nutriente esencial para los adultos porque la sintetizan cuando la necesitan (Borum PR,1983). Los RN pueden ser incapaces de sintetizar suficiente carnitina. La habilidad de los neonatos para sintetizarla parece estar limitada por la baja actividad de γ -butirotetrahidroxilasa hepática. Para los RN la fuente natural de carnitina es la leche materna. Durante la LM exclusiva prolongada, se mantienen las concentraciones séricas de carnitina (Rovamo LM,1986).

¹⁹ La leche humana tiene la menor concentración proteica de cualquier especie de mamíferos. Dado que el porcentaje de crecimiento de la descendencia está relacionado con el contenido proteico de la leche, el tiempo requerido para duplicar el peso del nacimiento es mayor en el lactante humano que en cualquier otro mamífero en que se haya medido. El bajo contenido proteico y la prevalencia de la proteína del suero, que son características de

osmótico, es tanto más baja, cuanto más alta es la concentración de sales y de proteínas. Parece existir una proporción inversa entre el contenido de grasa y el de lactosa (Valverde F,1982).

Protección contra la infección:

La protección contra la infección constituye una importante ventaja del amamantamiento para el niño. Queda demostrado en las investigaciones realizadas en los últimos 20 años que uno de los más importantes beneficios de la LM para la salud es la reducción de la morbi-mortalidad de lactantes y niños pequeños como consecuencia de las enfermedades infecciosas (Hanson LA,1983). La magnitud de este beneficio parece estar condicionada por factores socioeconómicos²⁰, que hacen que los efectos protectores de la LM sean mucho más llamativos en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados (ESPGAN,1982) (Habicht J-P,1986) (Kovar MG,1984) (Jason JM,1984) (WHO,1982).

En España, actualmente, no se evidencian diferencias de mortalidad entre los grupos de niños amamantados o alimentados con lactancia artificial (Casado E,1982b). Sin embargo, la morbilidad general, especialmente por infecciones, es mucho más prevalente entre los niños sometidos a lactancia artificial que entre los que son criados al pecho de sus madres (Casado E,1982b). Además, los niños alimentados exclusivamente con LM tienen, significativamente, menos síntomas de enfermedad que los

la leche humana, están asociadas, las dos, con un lento crecimiento corporal y mayor longevidad. El tiempo, parece ser un factor importante en la evolución humana porque dá al hombre la oportunidad para cumplir lo que estaba aparentemente pensado para ser su objetivo evolutivo: aprender, descubrir e inventar. En este sentido, podría ser contemplado el efecto marcapasos de la proteína de la leche materna sobre el crecimiento físico como una característica de la evolución de la especie humana (Bounous G,1988).

²⁰

Entre ellos, se incluyen:

- Pobreza extrema (Butz WP,1984).
 - Sanidad deficiente y con escasos recursos (Butz WP,1984) (WHO,1982); escasa higiene (Brostrom K,1985) (García LA,1989) (Kramer MS,1988); agua contaminada en las conducciones o recipientes de transporte (Almroth SG,1978) (Chen Y,1988) (Potoian-Schuhaber S,1986) (Popkin BM,1990) (WHO,1989); alimentos en condiciones inadecuadas (Popkin BM,1990) (WHO,1989) infecciones y frecuentes problemas de salud maternos y pediátricos (WHO,1982).
 - Superpoblación (Butz WP,1984); embarazos intempestivos, muy próximos y muy frecuentes sin los necesarios cuidados sanitarios (WHO,1982).
 - Malnutrición (Brostrom K,1985) (ESPGAN,1982) (García LA,1989) (Kramer MS,1988) (WHO,1982).
 - Bajo nivel de educación (Holmes GE,1983) (WHO,1982).
 - Escasez de servicios sociales (WHO,1982).
 - Menor industrialización (Chen Y,1988).
-

alimentados con lactancia mixta ó artificial (Palti H,1984). Esta protección se prolonga durante el periodo de lactancia y la fase precoz de la infancia (Fallot ME,1980) (Jason JM,1984) (Kovar MG,1984) (Saarinen UM,1982). El efecto protector parece asociarse a:

- Las propiedades inmunológicas de la leche materna (Butte NF,1984a) (Casado E,1975) (Casado E,1982b) (Glass RI,1983) (Goldman AS,1986a) (Hanson LA,1978) (Hanson LA,1985) (McClelland DBL,1978) (Meeuwisse GW,1985) (Miranda R,1983) (Prentice A,1984a) (Vahlquist B,1981) que determinan una clara superioridad inmunológica en comparación con la alimentación artificial (Koçtürk T,1988a) (Nogales A,1989c), contribuyendo directamente a la adaptación inmunológica a la vida extrauterina (ESPGAN,1982). La leche materna contiene inmunoproteínas (Keller M,1984) (Ogra SS,1978a) (Ogra SS,1978b) (Ñíguez JC,1987), factores antibacterianos (Welsh JK,1979) y antivíricos (Welsh JK,1979) (Sabin AB,1986) que protegen al lactante de forma pasiva (Hanson LA,1985) (Laegreid A,1986) (Klemola T,1986) (Cruz JR, 1985) (Goldman AS,1986a), mediante la estimulación activa de la inmunidad del lactante por linfocinas (Stephens S,1986), y factores de crecimiento solubles del calostro que contribuyen a la menor permeabilidad intestinal de los lactantes con LN a los antígenos de los alimentos, a microorganismos y a otros antígenos potenciales (Vazquez J,1985) -tabla XXIII-.
- Diferente contenido de nutrientes de la leche materna (Horst CH,1987).
- El estado nutricional materno, que influye sobre las cualidades protectoras del calostro y la leche madura (Chang SJ,1990) (Miranda R,1983).

El efecto protector de la LM respecto de la lactancia artificial, en infecciones respiratorias y gastrointestinales ha sido señalado por múltiples autores -tabla XXIV-.

Nos parece importante resaltar los siguientes aspectos en relación al papel de la LM ante la morbilidad del lactante:

- 1.- La leche humana minimiza la incidencia de enfermedades

neonatales ya que es capaz de promover el crecimiento de las bifidobacterias y de suprimir el crecimiento de los coliformes y de otros microorganismos potencialmente patógenos²¹ (Yoshioka H, 1983).

2.- La LM ofrece protección contra agentes específicos diversos -virus gripal (Pitt J, 1977); enfermedad primaria invasiva por haemophilus influenzae tipo b (Cochi SL, 1986); cándida, bacterias gramnegativas (Pitt J, 1977); enterovirus (Jenista JA, 1984); rotavirus (Bell LM, 1988); V. cholerae (Glass RI, 1983); virus sincitial respiratorio (Downham MAPS, 1976) (Laegreid A, 1986); g. lamblia, entamoeba histolytica y trichomonas vaginalis (Gilllin FD, 1983)-, prevención de las infecciones por e. coli del tracto urinario, por inhibición de la adhesión bacteriana al uroepitelio (Coppa GV, 1990). Puede tener también efectos beneficiosos ante las caries (Alaluusua S, 1990).

3.- Los niños amamantados son hospitalizados con menor frecuencia, especialmente por procesos graves, aunque no todos los autores se ponen de acuerdo en este punto (Barros FC, 1986b) (Chen Y, 1988) (Cunningham AS, 1979) (Cushing AH, 1982) (Fleming DW, 1987) (Leventhal JM, 1986) (Myers MG, 1984) (Stahlberg MR, 1986) (Tunnessen WW, 1987).

4.- La leche materna disminuye el riesgo de muerte infantil en los países en vías de desarrollo, sobre todo por la protección contra las enfermedades diarreicas, una de las principales causas de mortalidad en estos países (Victoria CG, 1989). Parece haber allí una fuerte asociación entre lactancia materna y supervivencia en los primeros años de vida (Habicht JP, 1986)..

5.- Los factores socioculturales y ambientales, parecen modular los efectos beneficiosos de la LM ante las infecciones²².

²¹ El suero glucosado administrado antes de la aparición del calostro, podría estimular el crecimiento de coliformes y otras bacterias aerobias en el intestino de los recién nacidos (ESPGAN, 1982) (Ojofeitimi EO, 1982b).

²² El modo de lactancia en sí no se relaciona significativamente con el número de infecciones durante el primer año de vida del niño cuando la educación de la madre es tenida en cuenta (Holmes GE, 1983), o cuando se controlan variables como la clase social o la presencia de hermanos en la familia (Rubin DH, 1990).

Muchos estudios no han podido demostrar diferencia alguna en la frecuencia de infección respiratoria cuando los lactantes han sido controlados en relación al nivel socioeconómico o factores ambientales (Paine R, 1982) (Ramos ML, 1989). Para Allan S. Cunningham las ventajas del amamantamiento no dependieron de los niveles educativos de las familias de Nueva York ni de su condición socioeconómica. Al comparar los lactantes amamantados por largo tiempo con los alimentados a biberón dentro del grupo de familias mejor educadas, la diferencia en la morbilidad a favor de los primeros fué del doble al triple (Cunningham AS, 1977).

6.- El beneficio de la LM tiene que ver con la edad del lactante, siendo máximo en las gastroenteritis hasta los 6 meses de edad (Eaton-Evans J,1987), sin que existan evidencia de este efecto protector a los 12 meses (Feachen RG,1984).

Tabla XXIII: LACTANCIA MATERNA Y FACTORES DE PROTECCION CONTRA LA INFECCION

- Inmunoglobulinas (Bahna S,1982) (Davidson LA, 1987) (Jatsyk GV,1985) (Mellander L,1985) (Ogra PL,1982) (Pajarón M,1984) (Prentice A,1984a) (Prentice A,1984b) (Savilahti E,1987) (Stephens S,1986) : IgA (secretora) (Butte NF,1984a) (Garza C,1987) (Goldman AS,1983b) (Jatsyk GV,1985) (Saarinen UM,1982) (Savilahti E,1983) (Ogra SS,1978a) (Welsh JK,1979), IgM, IgG (IgG4 -defensa de huesped en superficies mucosas-) (Keller MA,1988) (Savilahti E,1987), IgD e IgE. Las inmunoglobulinas tienen actividad frente a la mayor parte de las bacterias y virus, en particular: bacilo tetánico, diférico, estreptococo, estafilococo, neumococo, poliovirus, coxsackie, echovirus, virus gripales y virus sincitial respiratorio. Inmunoglobulinas secretoras evitan adherencia a: mucosa bucal, protegiendo hipofaringe; mucosa intestinal, protegiendo de vibrio cholerae y ciertas cepas de E. coli; células epiteliales de vias urinarias, protegiendo de E. coli.
- Fracciones de complemento C3, C4 y C3 (Lewis-Jones DI,1985) (Welsh JK,1979).
- Enzimas activas -más de 20- (Heitlinger LA,1983) (Shahani KM,1980), entre las que están:
 - Lisozima (ESPGAN,1982) (Garza C,1987) (Goldman AS,1982) (Goldman AS,1983a) (Goldman AS,1983b) (Lewis-Jones DI,1985) (Prentice A,1984a)
 - Lactoferrina (ESPGAN,1982) (Garza C,1987) (Goldman AS,1982) (Goldman AS,1983a) (Goldman AS,1983b) (Lewis-Jones DI,1985): inhibe crecimiento de E. coli en intestino.
 - Ligandos para el ácido fólico y la vitamina B12 (ESPGAN,1982): función bacteriostática, comparable a la de la lactoferrina.
 - Alfa1-antitripsina (Lewis-Jones DI,1985)
 - Lactoperoxidasa (factor antiestreptococo) (Welsh JK,1979)
 - Isómero del ac.linoleico (factor antiestafilocócico) (Welsh JK,1979)
 - Factores antivirales inespecíficos (Welsh JK,1979)
 - Lipasa, dependiente de las sales biliares (ESPGAN,1982) (Garza C,1987) (Jensen RG,1982): destruye giardia lamblia y entamoeba histolytica.
 - Colato (factor anti giardia lamblia) (Gillin FD,1985)
- Células como los macrófagos (ESPGAN,1982) (Keller M,1984) (Ogra PL,1982) (Pitt J,1977) (Rodriguez MC,1986) (Speer CHP,1986) (Stephens S,1984) (Thorpe LW,1986), que fagocitan, transportan IgA, impiden absorción de antígenos alimentarios, sintetizan complemento, lisozima y lactoferrina.
- Factor de crecimiento (favorece colonización intestinal por lactobacillus bifidus).

Tabla XXIV: ESTUDIOS QUE REFIEREN EFECTOS PROTECTORES DE LA LM EN INFECCIONES RESPIRATORIAS Y DIGESTIVAS

Referencias bibliográficas	respiratorias		gastroenteritis
	super.	infer.	
Chandra RK,1979	X	X	X
Chandra RK,1982	X ^{oo}		
Chen Y,1988	X	X	X
Cruz JR,1985			X
Cunningham AS,1977	X ^{oo}		X
Cunningham AS,1979	X ^{oo}	X	X
Díaz E,1986	X	X	
Eaton-Evans J,1987			X
ESPGAN,1982	X	X	
Feachen RG,1984			X
France GL,1980			X
Frank AL,1982	X	X	
Forman MR,1984b	X	X	X
García LA,1989	X	X	X
Habicht JP,1986			X
Howie PW,1990			X
Kero P,1987	X ^{oo}		
Larsen SA,1978	X	X	X
Launer LJ,1990	X	X	
Myers MG,1984			X
Paine R,1982			X
Picó G,1985		X ^o	X
Popkin BM,1990			X
Saarinen UM,1982	X ^{oo}		
Temboury MC,1991		X ^o	X
WHO,1989			X
Wright AL,1989		X	
Zuppa AA,1987	X	X	X

Nota: (°) bronquiolitis; (oo) otitis media

Protección contra la alergia:

La leche materna se comporta como un agente profiláctico contra ciertas enfermedades alérgicas, como el eccema, el asma y la rinitis alérgica (Chandra RK,1979) (Fergusson DM,1983) (Hide DW,1981) (Kaplan MS,1979) (Kramer MS,1981) (McConnochie KM,1986) (Merrett TB,1988) (Saarinen UM,1979d) (Taylor B,1983), por sus propiedades inmunológicas (Casado E,1982b) y porque deprime las concentraciones séricas totales de IgE al comienzo de la lactancia (Saarinen UM,1979c).

El amamantamiento es muy conveniente para nutrir a los lactantes con tendencias atópicas, siendo más probable que se evite la expresión de la enfermedad atópica durante la lactancia y primera infancia con 6 meses de amamantamiento, que con leche de vaca (Saarinen UM,1979d). Tanto la LM como la evitación de leche de vaca y temprana ingesta de sólidos, se asocian con una menor incidencia de alergia, especialmente en niños de alto riesgo familiar (Businco L,1983) (Chandra RK,1985) (Chandra RK,1989) (Fergusson DM,1983) (Gruskay FL,1982) (Merrett TB,1988) (Pratt HF,1984) (Taylor B,1983). Otros autores muestran una pequeña o nula relación (Cogswell JJ,1987) (Hide DW,1985) (Van Asperen PP,1984).

La administración de pequeñas cantidades de leche materna ejerce un efecto protector que se asocia a una incidencia menor de síntomas alérgicos (Miskelly FG,1988). Este efecto es independiente de la administración de otros alimentos y de la duración de la LM.

Lactantes alimentados al pecho pueden desarrollar alergia a constituyentes de la dieta materna. El estudio con lactantes atópicos alimentados al pecho confirma este efecto y facilita una firme evidencia de que el transporte de β -lactoglobulina -antígeno- a través de la leche a la circulación del lactante representa una posible ruta de sensibilización (Cavagni G,1988).

Otros beneficios a corto, medio y largo plazo:

En caso de atragantamiento, el calostro, al no ser irritante para el árbol pulmonar (Lawrence RA,1987), ser isoosmolar y no antigénico, produce menos problemas que la aspiración de agua o leche artificial (Helsing E,1985).

La alimentación con leche humana puede salvar la vida de un lactante con acrodermatitis enteropática, por la presencia en ella de ligandos para el zinc que favorecen su absorción (Worthington-Roberts BS, 1989).

La muerte súbita del lactante con LM es dos veces menos frecuente que con lactancia artificial. La mayoría de los factores determinantes de la muerte súbita están propiciados por la lactancia artificial (infecciones, alergia, hipocalcemia) (Casado E, 1982b) (Biering-Sorensen F, 1978).

El acto de succión es distinto en la lactancia al pecho que en la artificial. En la primera, hay una mayor actividad de los labios y de los maxilares, que favorece la posición adecuada de los futuros dientes y el desarrollo de los maxilares (Valverde F, 1982).

En los niños con LM, la dentición aparece más precozmente que en aquellos que han sido alimentados con lactancia artificial (Goiriena FJ, 1989).

Es menos probable que los lactantes criados al pecho padezcan caries del biberón. Este proceso es más frecuente en niños alimentados artificialmente con líquidos dulces (Messenger M, 1982).

La utilización de leche artificial en la fase inicial de la lactancia -hasta 72 o 92 día- no permite lograr perfiles de ácidos grasos en el contenido lipídico total plasmático semejantes a los obtenidos con lactancia natural²³. Las diferencias observadas son de suficiente entidad como para entrañar una potencial desventaja metabólico-nutricional para el grupo alimentado con fórmula (Rodríguez-Alarcón J, 1985). A la luz de lo hallado cabe sugerir la conveniencia de una mayor "adaptación" de la leche artificial que se utilice en la fase calostrual.

Puesto que el período crítico del desarrollo cerebral es el comprendido entre la edad gestacional precoz y el final del segundo año de vida (Dobbing J, 1973), la diferente concentración de lípidos también podría tener consecuencias importantes para la estructura lipídica del sistema nervioso (Sanjurjo P, 1988). Los cambios precoces inducidos por la dieta podrían tener también

²³ Los lactantes alimentados con leche humana tienen concentraciones más altas de ácido esteárico, ácido di-homo- β -linolénico y ácido araquidónico, mientras que los alimentados con fórmula tienen concentraciones mayores de ácido oleico (Rodríguez-Alarcón J, 1985) (Sanjurjo P, 1988).

un impacto sobre el desarrollo de aterosclerosis en etapas posteriores de la vida o incluso enfermedad coronaria (Casado E,1982b).

Aunque mientras dura la LM los niños tienen niveles más altos de colesterol total que los alimentados con lactancia artificial, al acabar la LM estas diferencias desaparecen (Cobaleda A,1989), siendo luego los niveles de colesterol más bajos en los niños lactados al pecho (Hahn P,1987). La lactancia natural, mantenida incluso durante el primer año de vida, no varía el nivel sérico del colesterol desde el destete hasta por lo menos los 8 a 15 años de edad (Fomon SJ,1984) (Ruiz M,1983). Los niveles de colesterol de la leche materna y su biodisponibilidad pueden contribuir a modular los mecanismos de control de la lipogénesis y ejercer un efecto protector en el adulto (Benson J,1985) (Glueck CJ,1972) (Holtzman NA,1980) (Potter JM,1976).

Considerar como "hermoso" a un niño nutrido en exceso, ha sido un argumento empleado por quienes propician la lactancia artificial (Casado E,1982b).

Un hábito alimentario caracterizado por comer de forma más vigorosa, mayor duración de la mamada y un intervalo más corto entre succiones se asocia con una mayor ingesta calórica y mayor adiposidad. El desarrollo temprano de este hábito alimentario sugiere que quizás tenga un trasfondo genético. La alimentación con leche materna protege a estos lactantes frente a la obesidad sólo hasta la edad de seis meses (Agras WS,1987)²⁴.

A los 8 años de edad no se encuentra diferencias en los índices de adiposidad en relación al modo de alimentación durante la lactancia (Fomon SJ,1984). A pesar de que se ha postulado un papel protector de la lactancia materna contra la obesidad (Whitehead RC,1985b), lo cierto es que no disponemos de datos que hagan pensar en una asociación de los efectos protectores de la LM frente a la obesidad del niño (Agras WS,1990) (De Swiet M,1977) (Evans CJ,1978) (PAIDOS'84,1985) y del adulto (Knittle JL,1985) (Mellies M,1985) (Poskitt EME,1986).

²⁴ Las posibles consecuencias del aporte graso en la lactancia en orden a futura obesidad se ponen de relieve ante el dato de que el órgano adiposo se forma en la especie humana en un periodo denominado "sensitivo de replicación celular" que abarca desde la 30 semana de gestación hasta el año de vida. La preocupación por provocar obesidad inducida dietéticamente, con proliferación de adipocitos durante ese período de replicación, sigue haciéndose patente en la literatura hasta la actualidad (Boulton TJC,1981) (Dewey KG,1983).

No parece probado que la lactancia materna prolongada suponga un mayor impacto en la adaptación social subsiguiente del niño (Fergusson DN,1987).

Los niños alimentados al pecho tienen un mejor desarrollo psicomotor en comparación con los alimentados con fórmulas artificiales (Fergusson DM,1982) y presentan a los 2 años mayor desarrollo en las áreas del lenguaje y personal-social que los alimentados con biberón, porque están más estimulados por sus madres (Temboury MC,1990b).

La LM puede reducir el riesgo de desarrollo de desórdenes inmunológicos en edad más avanzada, por ejemplo afecciones celíacas²⁵ y colitis ulcerosa²⁶ (Meeuwisse GW,1985).

Algunos datos sugieren menor riesgo de cáncer en niños amamantados frente a los alimentados con fórmula. Niños con diagnóstico de cáncer seguidos entre 1.5 y 15 años de edad, se comparan con controles: se vió un riesgo aumentado para el total de cánceres en el grupo de niños que o habían mamado menos de 6 meses o habían tenido lactancia artificial (no LM), frente a los que habían mamado más de 6 meses, siendo el riesgo mayor para los linfomas (Davis MK,1988).

Bienestar emocional del lactante y desarrollo psicológico:

Parece lógico que exista influencia de la lactancia sobre el desarrollo psicológico del individuo, su comportamiento y el equilibrio emocional. Por una parte, porque la alimentación y todo el "aparato" que conlleva se encuentran anclados en lo más profundo de la personalidad humana; por otra, porque durante los primeros periodos de la vida la alimentación adquiere un relieve especial, debiendo subvenir las necesidades del rápido crecimiento del niño, a la vez que su maduración (Nogales

²⁵ La gliadina es responsable de la activación de la enfermedad celíaca, y una hipersensibilidad inmunológica a la gliadina es una de las características de esta enfermedad (Cole SG,1985). La LM parece disminuir el riesgo de desarrollar enfermedad celíaca (Auricchio S,1983) (Greco L,1985). La transferencia de gliadina al niño a través de la leche podría ser uno de los factores responsables de este efecto protector, siendo fundamental para el desarrollo posterior de una respuesta inmune específica adecuada a la gliadina (Troncone R,1987).

La introducción precoz de leche de biberón parece ser un factor significativo de riesgo, tanto en niños que reciben precozmente gluten como en aquellos que lo reciben de forma tardía. La interrupción de la LM es un factor de riesgo en la enfermedad celíaca (Greco L,1988).

²⁶ Los pacientes con enfermedad de Crohn están particularmente sobrerrepresentados entre los que no han tenido alimentación al pecho o han tenido un muy corto periodo de LM (Bergstrand O,1983).

A,1989a). Para esta maduración se requieren no sólo los nutrientes físicos, sino también los estímulos psicológicos proporcionados en un adecuado ambiente afectivo (Nogales A,1989a).

El origen del aporte simultáneo de elementos físicos y estímulos psicológicos al niño, no puede ser otro que la madre, a quien la naturaleza ha dotado plenamente para satisfacer las necesidades de su hijo. El fallo de alguna de las funciones maternas, bien la lactancia, bien el cuidado y atención del niño, ha de tener consecuencias negativas para el mismo, tanto mayores cuanto el hecho suponga una mayor desviación del normal proceso previsto por la naturaleza para la crianza (Nogales A,1989a)²⁷.

Un gran número de individuos en el mundo actual han sido criados de forma satisfactoria sin haber tenido la experiencia de la lactancia natural. Esto significa que existen otras formas en las que un niño puede experimentar intimidad física con su madre. Sin embargo, es de lamentar cualquier fracaso que se produzca en la lactancia natural, simplemente porque la madre, el lactante o ambos se están perdiendo "algo" si no realizan esta experiencia (Winnicott DW,1990).

El fenómeno de la LM a nivel biológico, es algo mucho más amplio que la mera alimentación con leche de mujer. La lactancia no incluye sólo la ingestión de un tipo de alimento, sino la puesta en marcha de unos contactos corporales, cutaneos, olfativos, geústicos, térmicos, etc., con amplia influencia en el futuro del individuo en desarrollo y, en general, de la diada madre-hijo (ESPGAN,1982). Ese "cuerpo a cuerpo" estrecho (Pérez-Sánchez M,1981), tan favorecido por la LM, es fundamental por ejemplo para la progresiva regulación fisiológica del RN (Tizón JL,1983).

Las relaciones establecidas entre madre e hijo durante el primer período de la vida son las bases sobre las que se estructurarán conducta y vida afectiva del individuo (Winnicott DW,1990). Es importante la captación y estudio de la LM como un esquema de comportamiento innatamente preprogramado aunque

²⁷

Es posible que las consecuencias negativas de una alimentación artificial en el terreno psicológico sólo puedan evidenciarse claramente después de varias generaciones lactadas de esta forma. Quizá entonces las alteraciones del comportamiento y de la afectividad sean muy importantes y difícilmente reversibles. Habremos pagado así la irresponsabilidad de despreciar inconsciente y repetidamente una función básica de la naturaleza (Nogales A,1989a).

ambientalmente lábil (Tizón JL,1983).

Dentro de las redes relacionales que se dan entre un hijo y su madre desde las primeras horas de la vida extrauterina, la situación de amamantamiento crea unas condiciones de relación muy especiales. En primer lugar, la madre recibe una satisfacción difícilmente obtenible de otro modo, al sentirse indispensable para la supervivencia de su hijo. Por parte del niño, no se satisfacen únicamente sus necesidades alimentarias, sino que es situado en una posición óptima para el contacto interactivo con la madre. Junto a la estimulación corporal general y específica de la zona oral, tiene el rostro de la madre a unos 20 centímetros, única distancia en la que el RN puede enfocar los objetos externos (Tizón JL,1983).

En los primeros estadios de la vida, el lactante se encuentra en un estado de no-integración, es decir, bajo el efecto de una experiencia pasiva de desvalimiento total; en este estado infantil, la necesidad de encontrar un objeto contenedor lleva a la frenética búsqueda de una luz, una voz, o algún otro objeto sensual que sea capaz de mantener la atención y por lo tanto, susceptible de ser vivenciado, por lo menos temporariamente, como algo que une las diversas partes de la personalidad. El objeto óptimo es el pezón dentro de la boca, junto con la madre que sostiene al lactante, le habla, y de la cual emana un olor familiar (Pérez-Sánchez M,1981).

La convicción de que el amamantamiento es psicológicamente mejor para el lactante parece difícil de probar, porque los lactantes no pueden decir como se sienten, salvo de manera indirecta (Messenger M,1982). Las ventajas de la LM son ante todo de orden psicológico (Stahlberg MR,1985). La madre que amamanta a su hijo, le crea una situación más favorable para su desarrollo, le ha dado la vida y la mantiene alimentándolo de su propio cuerpo. Así pues, en contacto con ella -pues de otro modo no podría extraer la leche (Messenger M,1982)-, el lactante obtiene sus primeros placeres, satisface sus primeras necesidades y, en este ambiente de estrecho contacto con su madre, el recién nacido es estimulado.

Durante cierto tiempo tras el nacimiento, el mundo de tensiones del lactante, tras la experiencia traumática del parto, se centra en el hambre y otras funciones corporales, encontrando su alivio con la comida y la evacuación, por lo tanto sus

primeras asociaciones con el medio, y con los otros humanos de ese medio girarán en torno a estas preocupaciones. De modo especial a la madre la va a asociar con el calor, la comodidad y la relajación de esas tensiones que implica el hambre (Fernández JJ, 1986b).

La alimentación al pecho supone una situación de elección y está relacionada con actitudes y rasgos psicológicos personales que indudablemente influirán en las relaciones madre-hijo (Nogales A, 1989a).

La succión es uno de los grandes placeres de la vida del lactante, y el que es criado al pecho succiona un pezón cálido y sensible y recibe de él "mensajes". Los lactantes criados al pecho tienden a adquirir más experiencias de succión que los criados con biberón. También es mucho más factible dejarles decidir cuanta succión desean, en lugar de que lo haga su madre; ésto es menos fácil durante los primeros días en los alimentados con biberón (Messenger M, 1982).

Durante el primer año el niño no tiene acceso directo al alimento y depende por entero de la madre -o de quien la sustituya- para la satisfacción de su hambre. La madre es el eslabón que vincula al infante con su alimento mientras que, por otra parte, el deseo de alimento es la primera razón del vínculo emocional que liga al infante con su madre.

El niño halla el camino hacia un contacto emocional normal con el ambiente ligando sus primeros sentimientos de amor a las personas que le proporcionan el placer y la confortación que se conecta con las experiencias tempranas de alimentación²⁸.

El papel de la relación con la madre en el establecimiento de buenos hábitos de alimentación ha recibido reconocimiento creciente en los últimos años en lo que concierne al amamantamiento a pecho por parte de la madre. Los consejos dados a las madres deben estar en consonancia con ello.

El amamantamiento a demanda también es muy conveniente para calmar a lactantes desdichados, malhumorados, cansados, enfermos

²⁸

La unión entre alimentación y amor que se establece en este periodo se disolverá posteriormente en el periodo de la niñez tardía. Cuando los niños han adquirido ya la capacidad de amar a otras personas que no sean ellos mismos, constituyen sus vínculos sobre la base de otras necesidades y consideraciones. Esto no altera el hecho de que todo amor humano comienza como 'amor estomacal' y de que la actitud posterior hacia el alimento continúa en cierto grado bajo la influencia del vínculo emocional con la madre, con el cual se hallaba inseparablemente unido en un comienzo.

o asustados; no es sólo un método de alimentación, sino que también puede ser una manera de que el lactante deje de llorar (Messenger M,1982) (Nogales A,1989a). El 'confort', la succión y la alimentación aparecen permanentemente unidos y forman con la madre una experiencia única²⁹.

Comida y digestión:

La alimentación con biberón no proporciona al lactante las mismas sensaciones que la LM. No obstante, el placer de ser abrazado por la madre y el de la satisfacción del hambre deben ser igualmente intensos (Messenger M,1982).

Durante una comida los lactantes criados al pecho pueden reconocer los cambios en la composición de la leche y por lo tanto pueden controlar el flujo de leche decidiendo cuando dejar de mamar de un lado y pasar al otro³⁰.

El vaciamiento gástrico se produce más rápidamente cuando los lactantes son alimentados con LM³¹ -hora y media a dos horas- que con fórmula de comercio -tres horas- (Cavel B,1981) (González J,1989) (Sánchez E,1984) o leche de vaca -seis horas- (Lawrence RA,1987), por lo que se alcanza antes en los primeros el estado interdigestivo según se comprueba con manometría (Tomomasa T,1987).

La leche materna se digiere con gran facilidad y los productos intestinales siempre son blandos (Messenger M,1982), de consistencia de pomada, a diferencia de los productos de los

²⁹ cfr. Newton N, Newton M. Psychological aspects of lactation. (1967). N Engl J Med. 277: 1179.

³⁰ Durante los primeros cinco minutos el niño mama el 60% del volumen de los hidratos de carbono y de las proteínas y el 40% de las grasas; en los cinco minutos siguientes el 25% del volumen de los hidratos de carbono y proteínas y el 33% de los lípidos, de forma que la composición es prácticamente despreciable en valor nutritivo a partir de los 10 minutos, por lo que no parece necesario mantenerlo más de éste tiempo al pecho (Hall B,1975). A lo largo de la tetada cambia la concentración de la leche, lo que favorece el desarrollo del mecanismo hipotalámico de control del apetito. Estos cambios en la composición hacen que al cambiar de pecho el lactante pase de tomar una leche concentrada y rica en grasa al final del primer pecho a ingerir otra más diluida al comienzo del segundo, lo que equivale a la toma de un vaso de agua a la mitad de la comida en el adulto; esto permite que además de satisfacer el hambre pueda calmar la sed (Hall B,1975) y evite la hiperosmolaridad en el tubo digestivo y la sobrecarga osmolar del plasma (Hernandez M,1987).

³¹ Las denominadas "especies de contacto continuo", son aquellas cuya leche tiene una baja concentración de solutos y especialmente de proteínas, como ocurre con el ser humano, exigiendo que la cría mame a intervalos frecuentes (Jelliffe DB,1978a).

niños lactados artificialmente³², duros y escasos (Casado E, 1975). Ello supone, posiblemente diferencias en las sensaciones anales (Nogales A, 1989c).

Crecimiento del niño

Numerosos factores, difícilmente dissociables, influyen en el crecimiento y el desarrollo del niño³³.

La mayor parte de los constituyentes de la leche humana desempeña papeles peculiares duales: 1º) proporcionar los factores enzimáticos o los sustratos energéticos o componentes estructurales y, 2º) los papeles funcionales que complementan la capacidad de desarrollo de los lactantes que están madurando (Garza C, 1987). Por ello, la leche humana producida por una mujer bien alimentada, es una mezcla química que se adapta de forma única a las fases de desarrollo de su lactante (Carlson SE, 1985)³⁴.

Cuando se le alimenta 'ad libitum', el lactante normal come hasta saciar sus requerimientos de energía, por lo que el consejo práctico es permitir que coma hasta satisfacer el apetito y, si el consumo de nutrientes parece más alto o bajo que el promedio esperado para el grupo, se debe controlar el estado de equilibrio con un seguimiento longitudinal del peso y el crecimiento (Beaton GH, 1985).

El mejor enfoque para evaluar la adecuación de la leche materna para un niño en particular, consiste en observar sus

³² Los niños lactados al pecho defecan casi el 50% más a menudo que los alimentados con fórmula. Esta mayor frecuencia puede deberse a una activación más frecuente del reflejo gastrocólico en los niños lactados al pecho, la mayoría de los cuales son alimentados cuando lo solicitan (Fontana M, 1989).

³³ Entre ellos: alimentación, vivienda, higiene y condiciones de vida, acceso a la atención médica, tamaño de la familia, separación entre cada hijo, salud de los padres, nivel económico de la familia, equilibrio entre las actividades, reposo y sueño, etc. Desgraciadamente, la mayoría de los factores desfavorables suelen encontrarse en las mismas familias (D'Agostino M, 1979).

³⁴ Un niño sano de 3 meses necesita, aproximadamente, 850 gr de leche al día, y a los 5 a 6 meses de edad necesita más de 1100 gr de leche al día para cubrir sus necesidades energéticas (FAO/WHO, 1973). Sin embargo, los valores comunmente observados de ingesta promedio de leche desde el mes hasta los 6 meses, varían de 600 a 800 gr/día (Butte NF, 1984c) (Dewey KG, 1983) (Picciano MF, 1981). A pesar de esta discrepancia, la LM exclusiva contribuye al adecuado crecimiento de casi todos los niños durante los 4 a 6 primeros meses de vida, y posiblemente por más tiempo (AAP, 1983c) (Beaton GH, 1985) (Juez G, 1983), ya que tiene un elevado nivel de eficiencia metabólica (Garza C, 1987).

logros de crecimiento en peso y longitud (Salmenperä L, 1985)³⁵.

Comparando el crecimiento de los niños alimentados al pecho ó con fórmula se encuentra que el uso de un tipo de lactancia u otro parece no influir en el crecimiento del lactante, al menos en los 3 primeros meses de vida (Casado E, 1989) (Ramada A, 1991). A partir del primer trimestre, algunos estudios refieren un similar crecimiento entre los niños alimentados con LN exclusiva o con LA (Evans TJ, 1978), mientras que otros sugieren que los niños alimentados con fórmula pueden crecer más rápido que los niños alimentados al pecho (Butte NF, 1984c) (Hitchcock NE, 1985) (Salmenperä L, 1985) (Selles H, 1987) (Tojo R, 1981)³⁶.

Respecto a los determinantes del peso y adiposidad en el primer año de vida, el peso al nacer, el sexo, la edad a la que se introducen los sólidos, y la duración de la LM son predictores significativos de peso a los 12 meses. Determinantes significativos para el "índice de masa corporal" (=peso/longitud) incluyen: peso al nacer, duración de la LM, sexo (Kramer MS, 1985).

Aunque la mayoría de los neonatos amamantados tienen índices de crecimiento satisfactorios, sin duda hay excepciones (Chandra RK, 1982) (Duncan B, 1984) (Salmenperä L, 1985) (Victoria CG, 1984). Aunque muchos se desarrollan satisfactoriamente con el amamantamiento exclusivo hasta los 9-12 meses de edad es mejor presumir que a nivel de población, aún en las más privilegiadas, la LM exclusiva prolongada se acompaña de un riesgo de deficiencia nutricional en algunos casos (Salmenpera L, 1985).

³⁵ Cuando la velocidad de aumento o ganancia de peso -datos recogidos en dos ó mas oportunidades- es lo que se utiliza, debe comparársela con un patrón de referencia adecuado. Los patrones más usados se basan en datos de lactantes sanos, alimentados con biberón, que reciben diversos tipos de leches a libre demanda, o algunos alimentos además de la leche materna. Como los niños alimentados al pecho crecen, en general, a un ritmo más lento que los alimentados con biberón, ha surgido una considerable demanda de patrones de crecimiento para lactantes que se alimentan sólo con la leche materna (Anderson GH, 1985). Sin embargo, para un lactante en particular, y sea cual sea el patrón que se utilice, parece adecuada la conclusión de que no son deseables las desviaciones significativas respecto de un patrón de crecimiento establecido (Underwood BA, 1982).

³⁶ El grosor del pániculo adiposo -buen índice nutricional- parece mayor en los lactantes con LM (Salmenperä L, 1985). El crecimiento de los lactantes con LM prolongada puede ser más fisiológico, aunque en algunos niños se observa un "catch up" al introducir la alimentación complementaria, que puede guardar relación con una malnutrición proteica previa (Salmenperä L, 1985). Rara vez se observa hipoproteinemia en lactantes con LM exclusiva, cuando el amamantamiento se lleva a cabo adecuadamente (Garza C, 1987). Los volúmenes bajos de leche, a consecuencia de una técnica inadecuada, probablemente sean la causa más frecuente de ingresos incompletos de energía y proteína (Garza C, 1987).

Conservación de la leche.

La leche humana, normalmente, contiene estafilococos (Illingworth RS,1983). Los procedimientos usados para conservar la leche son: frigorífico³⁷, esterilización por calor³⁸ y pasteurización³⁹.

Informes ocasionales de deficiencias de nutrición en lactantes enfatizan la inseguridad de este tipo de alimentación (Coveney J,1985). Los defensores de la utilización de la leche humana de banco, refieren que están bien establecidas sus indicaciones -tabla XXV- (Asquith MT,1987).

Tabla XXV: INDICACIONES DE LA LECHE DE BANCO

1. Patología nutricional del lactante -síndromes de malabsorción, estados de intolerancia y "faltas de crecimiento"-.
2. Pacientes en recuperación de procedimientos quirúrgicos por onfalocele o gastrosquisis, obstrucción intestinal con fístula del intestino e insuficiencia renal.
3. Diarrea intratable, gastroenteritis y colitis ulcerosa, botulismo infantil, y sostén de lactantes con infección general y neumonía.
4. Profilaxis de la enterocolitis necrotizante.
5. Alergias a sustitutos comerciales de la leche materna, pacientes sometidos a tratamiento inmunosupresor tras trasplante de médula ósea y pacientes con diagnóstico de déficit de IgA, leucemia e inmunosupresión.

³⁷ La leche materna almacenada en un refrigerador doméstico puede administrarse con total seguridad -calidad bacteriológica- a los lactantes en las 24 horas que siguen a su recolección, si se evita al realizar la misma una fuerte contaminación bacteriana (Olowe SA,1987), lo que puede ser interesante en caso de madres que trabajan en lugares no próximos a sus domicilios. Es más, por sus propiedades bacteriostáticas, la leche, mantenida a temperatura ambiente tras ser obtenida del pecho, no muestra crecimiento bacteriano durante las primeras 6 horas, ni en 24 horas, en el calostro (Pittard WB,1985).

³⁸ La esterilización por el calor a 100°C destruye completamente la IgA secretora y la lactoferrina, la mayor parte de la lisozima y los ligandos para el ácido fólico y la vitamina B12 y una menor proporción de las vitaminas hidrosolubles y la lipasa dependiente de las sales biliares. Dicha esterilización destruye también la capacidad de inhibir el crecimiento de E.coli in vitro.

³⁹ La pasteurización a 62.5°C durante 30 minutos es eficaz, a no ser que el número inicial de las bacterias pase del millón/ml. Se preservan parcialmente la IgA y la lisozima, pero la lactoferrina es ampliamente destruida. Aunque la mayoría de los factores que intervienen en la resistencia a la infección no se ven seriamente afectados por la pasteurización y aún menos por la rápida congelación a -20°C, los leucocitos son destruidos por ambos procedimientos. Los procesos de recogida y conservación de la leche humana en recipientes herméticos reducen el número de leucocitos notablemente, porque los macrófagos tienden a adherirse a las superficies. A este respecto el plástico puede ser menos perjudicial que el vidrio (ESPGAN,1982).

I.3.2.2 VENTAJAS PARA LA MADRE

A la luz de la teoría darwiniana de la evolución, la alimentación al pecho es la ideal para los lactantes, pero una interpretación más amplia de la teoría sugiere que la unidad evolutiva es la dualidad madre-niño. Para la supervivencia de las especies, deben beneficiarse tanto la madre como el niño¹ (Fomon SJ, 1986).

Cuidados del lactante:

La LM es ventajosa para la madre por su comodidad (Koçtürk T, 1988a). Además, la leche de mujer es un alimento estéril, tiene la temperatura adecuada, se da sin manipulaciones, y los errores de técnica son mínimos (Valverde F, 1982). Los cuidados del niño resultan menos ingratos. Los productos intestinales de los lactantes criados al pecho, son blandos y amarillos, y no tienen un olor tan desagradable como los de los lactantes alimentados con biberón - más parecidos a los de un adulto-. De la misma manera, si el lactante regurgita un poco de leche, tampoco huele. Estos detalles no son triviales, pues las exigencias físicas del cuidado de un lactante pueden ser abrumadoras (Messenger M, 1982).

Actividad hormonal materna:

La lactancia implica mecanismos complejos tales como el propio desarrollo de la glándula, el desencadenamiento de la secreción láctea y su mantenimiento a lo largo de períodos de tiempo más o menos largos. Estos tres puntos pueden ser considerados bajo los epígrafes de mamogénesis, lactogénesis y galactopoyesis (Casado E, 1983). La lactogénesis -inicio de una secreción láctea copiosa dos a cinco días después del parto-, parece desencadenarse por la disminución de la progesterona materna después de que se elimina la placenta (Neifert M, 1981).

El inicio y mantenimiento de la LM, comporta un proceso

¹ Hay un conflicto de intereses, teniendo mayor peso la salud de la madre que la del niño (Dugdale AE, 1986). Las actitudes hacia la alimentación con leche materna pueden verse afectadas por necesidades opuestas de la madre y del lactante (Gotub S, 1978) (Koçtürk T, 1988a) (Newton NR, 1950) (Newton N, 1967) (Switzsky LT, 1979). Las madres se sienten más motivadas a amamantar cuando también ven ventajas para ellas (Koçtürk T, 1988a).

neuroendocrino complejo (Sánchez E,1984). Están involucradas terminaciones nerviosas sensitivas en pezones y piel adyacente de la mama y pared torácica, médula espinal, hipotálamo e hipófisis con varias de sus hormonas, especialmente prolactina, ACTH, glucocorticoides, hormona del crecimiento y oxitocina. El proceso de producción láctea ocurre en dos etapas que comprenden: 1) secreción de leche en la luz alveolar; 2) propulsión o eyección por la que la leche pasa al sistema ductal (Worthington-Roberts BS,1989).

La oxitocina es liberada de forma pulsátil, durante la succión del lactante, como parte de un reflejo neuroendocrino, originando el llamado 'reflejo de bajada' o de eyección de la leche (Harrell BB,1981). En todos los casos las concentraciones plasmáticas de oxitocina de las madres aumentan entre 3 y 10 minutos antes de que empiece la succión del pecho. En el 50% ocurre en respuesta del llanto del lactante, en 30% coincide con el despertar del lactante para comer, mientras que en 20% corresponde con la preparación para darle de comer por parte de la madre. El reflejo de la eyección de la leche, con liberación de oxitocina, ocurre en la mayoría de las mujeres antes de los estímulos táctiles de la succión del pezón. Una segunda liberación de oxitocina se produce en respuesta al mismo estímulo de la succión. Es importante proteger la lactancia materna del estrés no sólo durante la succión sino también inmediatamente antes de poner al pecho al niño, cuando puede ocurrir la liberación condicionada de oxitocina (McNeilly AS,1983).

La estimulación para la secreción activa de leche depende en gran medida de la prolactina (Worthington-Roberts BS,1989).

Durante la LM, la prolactina diaria segregada depende causalmente de la succión del pezón (Harrell BB,1981). En la lactancia prolongada se observa un aumento, ligero y sostenido, de los niveles de prolactina séricos (Leake RD,1983).

Las hormonas que participan en la lactancia, favorecen la expulsión de la placenta, ayudan al útero a contraerse y recuperar rápidamente el tamaño anterior al embarazo, y a finalizar las pérdidas postparto (Harrell BB,1981) (Taylor PM,1986).

El RN parece controlar y salvaguardar su abastecimiento alimentario por medio del mecanismo reflejo de la LM. La prolactina y tal vez otras hormonas liberadas por la estimulación

hipotalámica fomentaría la síntesis láctea según la demanda, llegando en caso necesario a desviar nutrientes de la mama y de otros tejidos. La infertilidad de la mujer puede contemplarse como una extensión de este efecto (Lunn PG,1986). La LM retrasa el retorno de la menstruación y ovulación. La duración y frecuencia de la LM resultan ser directamente proporcionales a la duración de la amenorrea postparto (Ojofeitimi EO,1982). Cuanto mayor es el nº de tetadas por día más tiempo se prolonga la amenorrea posterior al parto ya que la prolactina posee efectos inhibidores sobre la secreción de estrógenos y progesterona, lo que retrasa la reanudación de la menstruación (Dargallo JL,1987) (Harrell BB,1981) (Jain AK,1970) (Ojofeitimi EO,1982a) (Prema K,1980) (Vorheer H,1973).

Una frecuencia de LM superior a 5 tomas al día y de más de 10 minutos por toma es suficiente para mantener una supresión completa de la actividad ovárica (McNeilly AS,1986). El restablecimiento del desarrollo folicular ovárico y de la ovulación tiene lugar únicamente cuando la frecuencia y la duración de la lactancia disminuyen por debajo de un determinado nivel, y sucede incluso si no se suministran alimentos suplementarios y el RN está recibiendo la leche materna como fuente nutricional exclusiva. Se adelanta por la introducción de alimento suplementario (Díaz S,1988c), presumiblemente por reducción de la dependencia del lactante a la leche materna (McNeilly AS,1986) y al caer los niveles de prolactina (Lunn PG,1980) (Vorheer H,1973). Una vez que la función ovárica se restablece precozmente en mujeres que lactan, un mero incremento en el número de tomas de pecho sin aumentar el tiempo total de succión y la frecuencia de tomas nocturnas, no proporciona suficiente estímulo para resuprimir el eje pituitario-ovárico (Díaz S,1988a).

Más a menudo en las mujeres que dan LM, los primeros ciclos menstruales se asocian normalmente con una función luteínica inadecuada que tiende a continuar si se mantiene la LM, y no se produce ovulación (Chao S,1987).

El intervalo entre dos nacimientos en las mujeres que alimentan al pecho puede dividirse en 3 componentes principales: 1º, El periodo de amenorrea de la lactancia, 2º, un periodo en el que se restablece la menstruación bien sea durante o después de la lactancia, y 3º, el embarazo. La duración de los periodos

12 y 22, variará considerablemente en función del modelo de LM (Anderson JE,1986) y, en unos pocos casos, tendrá lugar el embarazo durante el período de amenorrea en la lactancia sin un período intermedio de ciclos menstruales (McNeilly AS,1986).

La influencia de la LM en el espaciamiento de los embarazos reviste importancia en los países del Tercer Mundo, donde la disponibilidad o aceptabilidad de los métodos modernos de planificación familiar pueden ser limitadas (Casado E,1982b) (Huffman SL,1984) (Koçtürk T,1988a) (Prema K,1980) (Rosa F,1975) (Vahlquist B,1981) (WHO/NRC,1983). En población industrializada y bien alimentada, parece suprimir la fertilidad durante un periodo de hasta 75 semanas (McNeilly AS,1986).

La asociación de LM con infertilidad parece demasiado débil para servir como un método anticonceptivo, excepto durante el periodo de amenorrea lactacional (Diaz S,1988b). El riesgo de ovulación en madres lactantes, antes de las 9 a 10 semanas de puerperio, es escaso (Chao S,1987) (Cronin TJ,1968) (Pérez A,1972) (Rivera R,1988). Sin embargo una mujer puede quedar embarazada en este periodo si el número de tetadas al día no es suficiente para prolongar la amenorrea (Ojofeitimi EO,1982a). Una rápida reducción de la LM o el destete puede abocar en una ovulación con el riesgo consiguiente de embarazo si se produce la concepción (Gray RH,1990); ésto explicaría la existencia de embarazos durante la amenorrea lactacional (McNeilly AS,1986).

Adelgazamiento en la madre:

Durante el embarazo, el cuerpo almacena nutrientes preparados para la fabricación de leche durante el postparto. Sin contar feto, placenta, útero o líquido amniótico, se almacenan de 4 a 5 kilogramos de peso adicional, para cubrir futuras necesidades nutrientes y energéticas (Lawrence RA,1987).

La LM influye en el restablecimiento del estado anterior al del embarazo ya que las mujeres que dan el pecho recuperan con más rapidez su peso basal (Lawrence RA,1987) y su figura que las que dan lactancia artificial, porque utilizan el peso extra del embarazo para producir leche.

Algunos autores estiman que las recomendaciones habituales sobre la ingesta energética durante la lactancia son superiores a las necesarias, y que las ingestas bajas son compatibles con

una buena lactancia y una pérdida progresiva de peso materno; es improbable que la pérdida de peso de aproximadamente medio kilo semanal durante la lactancia, en madres bien nutridas, se asocie a efectos adversos sobre la secreción láctea (Butte NF,1984b) (Manning-Dalton C,1983) (Strode MA,1986).

Relajación y placer para la madre:

Quienes han estudiado la experiencia de madres que continúan lactando al pecho cuando otras alternativas son posibles, señalan que iniciar la LM y seguir lactando es profundamente grato para las madres de un modo significativo desde el punto de vista emocional (Bottorff JL,1990) (Messenger M,1982).

El amamantamiento forma parte del funcionamiento sexual de la mujer (Ellis DJ,1985) y, desde el punto de vista de tomar la decisión de amamantar o no, la intimidad física y placentera del amamantamiento es una razón importante por la cual las mujeres eligen amamantar o no (Harrell BB,1981). Las madres satisfechas con su experiencia de amamantamiento a menudo cuentan que las sensaciones que obtienen son sexualmente placenteras y algo excitantes (Lawrence RA,1980) (Sameroff AJ,1981). Se observan altísimos niveles de tensión sexual en mujeres que lactan (Masters WH,1966), y resulta tentador especular con la existencia de un "vínculo placentero" entre madre e hijo durante el periodo de lactancia (Harrell BB,1981).

En la LM "a la demanda", la estimulación de los pechos desencadena sensaciones locales placenteras y respuestas corporales generalizadas, con elevación de la temperatura de las mamas y contracciones rítmicas del útero. Provoca un sentimiento de plenitud y de bienestar que predispone a completar todo el periodo de lactancia (Nogales A,1989a).

"Realimentación emocional" de la madre:

Existe un mayor contacto físico entre la madre y el hijo cuando se da LM, lo que se traduce en vínculos afectivos más fuertes entre ambos que con la lactancia artificial (Newton N,1952) (Nogales A,1989a) (Sameroff AJ,1981) (Vahlquist B,1981). Estas relaciones afectivas serán especialmente importantes ante un hijo no deseado o escasamente deseado (Casado E,1975).

La calidad de la interacción madre-lactante contribuye en gran medida al éxito o fracaso de la LM (ESPGAN,1982) ya que el estado psicológico de la madre influye sobre los mecanismos que determinan el inicio y la duración de la LM.

La unión de la madre y el padre con su hijo recién nacido, es una relación única y específica que persiste a través del tiempo (Klaus MH,1983). Los múltiples factores condicionantes de la formación del 'vínculo' entre la madre y su hijo se pueden dividir en 4 grupos (Klaus MH,1970b) (Sameroff AJ,1981): condiciones genético-somáticas, de socialización, hospitalarias y del niño -tabla XXVI-.

Economía:

Las ventajas económicas de la LM frente a la lactancia artificial las señalan muchos autores (Casado E,1975) (Casado E,1982b) (Casado E,1982c) (Koçtürk T,1988a) (Nogales A,1989c).

Los aspectos económicos de la alimentación no deben ser olvidados en nuestra época, y probablemente mucho menos en los años futuros. El coste de la lactancia artificial es siempre más alto que el que corresponde a la alimentación que la madre precisa por el hecho de dar el pecho (McKigney J,1971) (Whichelow MJ,1976) (Whitehead RG,1976), aún cuando se calcule teniendo en cuenta las recomendaciones alimentarias de los organismos sanitarios oficiales (Jelliffe DB,1976) (Nogales A,1989a). Aunque la madre tiene que comer más para producir las 600 a 800 calorías extra que se consumen diariamente en la producción de leche, el amamantamiento sigue siendo más barato que comprar la fórmula, esterilizar el equipo, los biberones, etc (Messenger M,1982).

Cuando los ingresos son bajos y la educación escasa, las ventajas económicas de la LM son más evidentes, pudiendo suponer, con frecuencia, la única posibilidad de ofrecer proteínas y nutrientes esenciales y con ello la oportunidad de sobrevivir (Jelliffe DB,1975) (Vahlquist B,1981). En un medio desfavorable, pueden incluirse por dar LM las ventajas económicas derivadas de su efecto sobre el distanciamiento de los nacimientos (Koçtürk T,1988a).

Otras ventajas para la madre:

I.3.2.3. DESVENTAJAS Y CONTRAINDICACIONES DE LA LM

Se dice que los profesionales de la salud han de tener en cuenta que la leche humana no es un alimento perfecto ni completo y que la lactancia materna tiene inconvenientes, además de sus indudables ventajas (Coveney J,1985).

DESVENTAJAS DE LA LM PARA EL LACTANTE

La actitud negativa de la madre:

Una mujer puede mostrar una actitud de rechazo hacia el amamantamiento por motivos diversos (Casado E,1975) (Casado E,1983) (Illingworth RS,1983): pensar que dar el pecho les echa a perder su figura, sentir un violento rechazo físico hacia el amamantamiento o que le resulte una tarea dolorosa, estimar que dificulta sus relaciones sociales o creer que la LM conlleva una mayor carga de trabajo y sujeción.

La inseguridad es la norma en una madre adolescente por lo que si muestra algún interés en la LM, debe ser apoyada (Joffe A,1987).

Consumo de medicamentos por la madre:

En la actualidad se dispone de valiosa información (Avery GB,1981) (Berlin CM,1989) para situar el problema de la medicación en la madre lactante dentro de un contexto lógico a la hora de dar información sobre los riesgos en caso de amamantamiento -ver nota final^a-.

Aunque la mayor parte de fármacos puede administrarse a madres que amamantan sin provocar efectos adversos a los lactantes, si una mujer ha de tomar medicación a causa de un problema médico específico y, (Rivera-Calimlim L,1987), la salud de la madre tiene preferencia sobre el método de alimentación del lactante.

Son muy pocos los medicamentos contraindicados de forma absoluta para una mujer que amamanta (Romá E,1991). Las contraindicaciones se basan principalmente en las propiedades tóxicas muy potentes de algunos fármacos, incluso mortales, y en la susceptibilidad de los tejidos inmaduros de lactantes en

desarrollo para la acción de estos fármacos (Rivera-Calimlim L,1987).

Los medicamentos que toma la madre durante la lactancia, pueden: 1) estimular o inhibir la lactancia, 2) cambiar la composición de la leche, 3) pasar a la leche materna y perjudicar al lactante que mama (Rivera- Calimlim L,1987).

Hoy por hoy, no se cuenta con datos de que el tejido mamario metabolice fármacos. Los metabolitos presentes en el plasma materno pueden ser transferidos a la leche (Berlin CM,1989). Aproximadamente del 1 a 2 % de una dosis materna de cualquier fármaco acabará por aparecer en la leche (Berlin CM,1989). En consecuencia, debe restringirse el amamantamiento en las circunstancias en las que se sospeche que puede exponerse al lactante a sustancias nocivas (Casquero J,1982) (Rogan WJ,1980) (Valverde F,1982).

La importancia de fármacos ingeridos a través de la leche materna dependerá de: 1) cantidad del medicamento eliminado con esta leche, 2) biodisponibilidad bucal del fármaco en el lactante, 3) fijación proteínica, semidesintegración plasmática, metabolismo, volumen de distribución y eliminación de la sustancia en los lactantes, y 4) sensibilidad del receptor, o tolerancia del receptor del lactante para el fármaco (Rivera-Calimlim L,1987)¹.

La puesta al pecho ha de tener lugar inmediatamente antes de tomar la dosis, y no repetirse hasta por lo menos cuatro horas después de administrado el medicamento. Hay que enseñar a las mujeres a consultar a sus médicos antes de tomar cualquier medicación mientras están embarazadas o lactantes (Rivera-Calimlim L,1987).

Problemas por inexperiencia materna:

Cuando se da LM es difícil calcular la cantidad de leche que el niño ingiere, lo que puede provocar ansiedad a la madre. En niños con lactancia artificial existe una relación directa entre la cantidad de fórmula que reciben y la ansiedad de la madre

¹ El tipo de sustancias que probablemente se eliminan con la leche son: 1) las que tienen peso molecular bajo, gran liposolubilidad, poca fijación a la proteína, pequeños volúmenes de distribución, y semidesintegraciones prolongadas, 2) los fármacos que se prescriban en megadosis, y 3) los que se recetan para trastornos crónicos (Rivera-Calimlim L,1987).

(Blank DM,1986). Por ello es más fácil que esté alimentado insuficientemente un lactante que se nutre del pecho materno que uno que se alimenta con biberón. El pesaje del niño puede dilucidar la duda (Illingworth RS,1983).

Los problemas físicos que pueden aparecer en casos de madres inexpertas se citan en la tabla XXVII.

Tabla XXVII: PROBLEMAS FISICOS SUSCEPTIBLES DE APARECER CON EL AMAMANTAMIENTO, FUNDAMENTALMENTE EN MADRES INEXPERTAS (Illingworth RS,1983) (Messenger M,1982)

1. Problemas de las mamas: congestión, pezones chatos o invertidos, pezones doloridos o agrietados, conducto bloqueado, mastitis o incluso absceso mamario.
2. Leche aparentemente insuficiente, por: a) Pérdida de peso o falta de aumento de peso del lactante. Movimientos intestinales escasos y heces de color verde oscuro; pañales secos o solo ligeramente húmedos. b) No se experimenta el reflejo de bajada de la leche o el fluir de la misma. c) lactante inquieto y desdichado. d) ansiedad materna y de los que la rodean.
3. Galactorrea.
4. Lactante somnoliento.
5. Lactante se niega a comer o rechaza el pecho.

Los verdaderos pezones invertidos son raros. Un programa regular de masajes puede ser útil; en raras ocasiones se utiliza cirugía (Hauben DJ,1983) (Ryder CR,1980).

La leche de la mama mastítica es salada. La infección crónica puede elevar las concentraciones de sodio y cloruro en la leche, llegando incluso a poder alterar el sabor y, por ende, la aceptabilidad de la leche. Si se trata correctamente a la madre, ésta podría seguir amamantando a su hijo (Conner AE,1979). Para la mastitis se recomienda antibióticos para prevenir la formación de abscesos y continuar con el amamantamiento. No se ha visto efectos patológicos en los niños que se amamantan y la continuación de esta práctica acorta la evolución de la enfermedad en la madre y disminuye el riesgo de la formación de abscesos (Marshall BR,1975). Para un absceso mamario puede ser preciso discontinuar el amamantamiento en el lado afectado pero, generalmente, puede darse la toma de la mama no afectada (Worthington-Roberts BS,1989).

Actitud negativa del padre ante la LM:

La importancia del apoyo a la madre e influencia que puede ejercer el padre sobre la mujer y la repercusión que puede tener en la evolución psicológica del hijo son destacados por múltiples autores (Parke RD, 1981) (Pérez-Sánchez M, 1981) (Sameroff AJ, 1981) (Utrilla M, 1985) (Winnicott DW, 1970). En la tabla XXVIII, se reseñan algunos problemas mirados desde la perspectiva del padre. Estos problemas podrían influir en la duración de la LM.

Tabla XXVIII: PROBLEMAS POSIBLES PARA LA LM DESDE LA PERSPECTIVA DEL PADRE (Messenger M, 1982) (Pérez-Sánchez M, 1981)

- a. El lactante reclama el cuerpo de la mujer. Sus senos parecen ser exclusivamente suyos; se los ve distintos, tal vez estén doloridos o gotéen.
 - b. La mujer parece lejana y menos atractiva. Tal vez todavía esté gorda y eso la deprime.
 - c. La madre está totalmente concentrada en el cuidado del lactante. El marido se siente menos importante y no puede participar en la alimentación del lactante.
 - d. El estado emocional de la mujer fluctúa. Puede estar muy positiva en un momento y de pronto perder la confianza. Es susceptible a las observaciones críticas hechas por otras personas, el padre incluido, y pierde el control con facilidad. Todavía está cansada después del parto y los puntos o los problemas con el amamantamiento pueden preocuparla.
 - e. La labores de la casa pasan, para la madre, a un segundo término y pueden exigir una mayor participación de éste en las tareas domésticas.
 - f. El rol del esposo se supone que no sufre modificaciones.
-

Trastornos en el lactante alimentado al pecho:

La ictericia parece ser más corriente en el grupo de neonatos con LM (Adams JA, 1985) (Levine RL, 1988) (Linn S, 1985) (Maisels MJ, 1986) (Winfield CR, 1978). La ictericia, aunque no altera la ingesta de leche (Alexander GS, 1988), es una causa frecuente de interrupción precoz, injustificada, de LM (Kemper K, 1989) que, a menudo, ocasiona ansiedad materna y sensación de culpabilidad (Brooten D, 1985). No se conocen casos de "ictericia nuclear" causada por el síndrome de ictericia por leche materna. La LM debe continuar en la mayoría de los lactantes que presenten esta forma de ictericia prolongada (Gartner LM, 1966) (Winfield CR, 1978). Una breve interrupción (24-48 horas) de la lactancia y la alimentación de leche humana procedente de otra mujer, o utilizando una fórmula, logra una caída más rápida de bilirrubina sérica. Sin embargo, incluso sin interrumpir la lactancia, las concentraciones séricas de bilirrubina acaban normalizándose

(Auerbach KG,1987).

Un exceso de ictericia también ha acompañado a la lactancia durante los tres primeros días de la vida, pero a esta ictericia de comienzo temprano en los lactantes, que se ha denominado ictericia "por inanición", contribuye poco la LM (Auerbach KG,1987). Para disminuir tal probabilidad en el neonato a término que toma el pecho, hay que contestar cinco cuestiones: 1) Si la frecuencia con la que se dá el pecho es la adecuada -hay que alentar a las madres para que den el pecho 10 o más veces cada 24 horas- (De Carvalho M,1985), 2) Si el lactante succiona adecuadamente cuando es puesto al pecho, 3) Si se produce con frecuencia adecuada la micción y deposición, 4) Si se desalientan enérgicamente los intentos de utilizar alimentos complementarios, que contribuyen a aumentar el peligro de confusión neonatal del pezón, y que al igual que las tomas de agua, son ineficaces para disminuir las concentraciones séricas de bilirrubina (De Carvalho M,1981) (Nicoll A,1982), y 5) Si se alienta a la madre a que dé el pecho a su hijo por la noche (Auerbach KG,1987).

Se han descrito casos de hipernatremia neonatal asociada con concentración elevada de sodio en la leche materna. Las explicaciones más probables de la mayor concentración de sodio en la leche parecen ser la menor producción de leche, maduración tardía de ésta o ambas cosas (Anand SK,1980). Otra causa podría ser la fibrosis quística inadvertida (Anand SK,1980).

La LM constituye un alto factor de riesgo para la enfermedad hemorrágica clásica del recién nacido y para la posterior aparición del sangrado debido a deficiencias de vitamina K en los niños pequeños (Olson JA,1987) (Kries R,1988). Los lactantes alimentados al pecho a los que no se dió una dosis de vitamina K tempranamente tras el parto presentan riesgo de sangrado (Appendini M,1989) (Fomon SJ,1987) que, comunmente ocurre al segundo o tercer día de vida (Behrman RE,1983), pero puede no ocurrir hasta que el lactante tiene 4 o 6 semanas (Lane PA,1985). Parece muy dificultoso definir los factores de riesgo que permitirían identificar el subgrupo de los alimentados a pecho que requieren profilaxis con vitamina K (Shapiro AD,1986), y por ello parece necesario administrar una dosis de vitamina K a todos los lactantes alimentados con leche materna (Forbes D,1983) (Fomon SJ,1987) (Kries R,1987) (Widershoven J,1988). Se sugiere, además, incrementos de las ingestas de vitamina K durante el

embarazo y la lactación (Olson JA,1987).

La LM puede ser inadecuada como única fuente de vitamina D y, por lo tanto, las reservas del lactante pueden caer rápidamente. Los suplementos con Vit D a la madre no se han mostrado eficaces (Markestad T,1983). Se reconoce que la alimentación al pecho prolongada es un factor en la patogénesis del raquitismo en niños ingleses (Belton NR,1986).

La importancia de la suplementación a los lactantes de pecho de vitamina D parece que debe ser menor de lo que antes se pensaba, y aunque la seguimos recomendando (Curtis DM,1990) (Fomon SJ,1979), estamos menos convencidos de su necesidad que en el pasado (Fomon SJ,1987).

Una proporción importante de los lactantes alimentados al pecho evidencia una deficiencia de hierro -Fe- a los 9 meses (Siimes MA,1984) (Hertrampf E,1986). Por lo tanto, es deseable para los lactantes con LM que reciban un suplemento diario de Fe (Fomon SJ,1987), a partir de los 6 meses si sólo reciben LM (Siimes MA,1984).

La ingestión materna de leche de vaca puede causar problemas en el lactante, como proctocolitis inflamatoria (Lake AM,1982) y otros cuadros de hipersensibilidad a las proteínas (Lifschitz CH,1988). En ambos casos revierte el cuadro cuando se suspende la LM y/o se retira la leche de vaca de la dieta materna.

Pérdida inicial de peso del niño:

Los recién nacidos -RN- pierden peso durante los primeros días de vida (Barness LA,1987b), debido a los cambios del volumen y la distribución del agua corporal (Shaffer SG,1987). Los RN alimentados al pecho pierden, aproximadamente, el 7% del peso al nacer en tanto que los alimentados con biberón pierden algo menos -alrededor del 4%- (Maisels MJ,1988). La mayor pérdida de peso en lactantes alimentados al pecho se relaciona con el retraso del inicio del amamantamiento (Avoa A,1990). La pérdida de peso es menor -por debajo del 4%- cuando la LM se inicia precozmente (Avoa A,1990) (Yamauchi Y,1990a). Ocasionalmente, los lactantes alimentados con LM, sobre todo si se trata de un primer hijo, muestran fallos de crecimiento, desnutrición y deshidratación durante la segunda semana de vida a causa de una ingesta inadecuada de leche (O'Connor PA,1978) (Gilmore HE,1978) (Davies

DP,1979) (Ernst JA,1981) (Roddey OF,1981). Los padres y profesionales de la salud deben mantenerse alerta ante esta posibilidad (Fomon SJ,1987).

Actitudes sociales negativas:

Pese a los cambios sociales vividos en las últimas décadas, sigue estando mal visto socialmente amamantar públicamente a los niños (Harrell BB,1981).

El trabajo de la mujer fuera de su hogar dificulta la LM, a pesar de la legislación más favorable². Además, las distancias a las que se encuentran los puestos de trabajo de los domicilios, hacen perder eficacia a tales disposiciones, al ser el tiempo que se les concede bastante limitado (Casado E,1975).

Lactancia de más de un niño:

Amamantar más de un hijo a la vez puede suponer dificultad de manejo de la lactancia que conduzca al fracaso de la misma, aunque es posible dar el pecho con éxito a más de un niño simultáneamente (Worthington-Roberts BS,1989).

Sustancias químicas en el ambiente.

Dado que la leche humana es el último eslabón en la cadena trófica, los lactantes alimentados al pecho consumirán las concentraciones más elevadas de sustancias químicas persistentes acumuladas en el ambiente. Un cierto número de sustancias extrañas acceden a la leche humana. Los lactados al pecho tienen un mayor riesgo de exposición a drogas como alcohol y tabaco (Committee on Drugs, AAP,1983) y productos orgánicos halogenados -pesticidas organoclorados, hexaclorobenceno, difenilos policlorados- (Berger LR,1981) (Berlin CM,1989) (Conde C,1988) (Drijver M,1988) (Erice B,1986) que los alimentados con biberón (Conde C,1988), aunque la LA comporta un mayor riesgo de

² Las disposiciones vigentes en nuestro país permiten un descanso por maternidad de 16 semanas -18 semanas en parto múltiple- (BOE,1989), y posteriormente hasta los 9 meses, por lactancia, las trabajadoras tienen derecho a 1 hora de ausencia del trabajo, que podrán dividir en dos fracciones. Este derecho pueden sustituirlo por una reducción de la jornada normal en media hora, con la misma finalidad.

ingestión de plomo (Ryu JE,1978), iodo (Gushurst CA,1984), aluminio y algunos otros metales pesados (Fomon SJ,1987).

Otros problemas en las primeras semanas de la LM:

Son problemas de frecuente presentación los referidos en la tabla XXIX y, a menudo, ocasionan abandono de la LM.

Tabla XXIX: PROBLEMAS HABITUALES CON LA LM DURANTE LAS PRIMERAS SEMANAS DEL LACTANTE (Messenger M,1982) (Worthington-Roberts BS,1989)

- a. Lactante exigente -poco tiempo entre comidas-.
- b. Niño con llanto frecuente.
- c. Cólicos.
- d. Regurgitaciones.
- e. Lactante por debajo del peso o con exceso de peso.
- f. Cansancio y depresión de la madre por:
 - Falta de confianza en si misma, por inexperiencia u otro motivo.
 - Se trata de un lactante 'difícil'.
 - Los problemas tempranos en el hospital y la separación del lactante pueden haber provocado ansiedad y un mal vínculo inicial entre madre e hijo.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS O RELATIVAS DE LA LM

Problemas de salud de la madre:

Entre las contraindicaciones de la LM se incluyen (Casquero J,1982) (Valverde F,1982) problemas de salud de la madre, como:

- a. Cardiopatía descompensada o con riesgo de serlo, nefropatía, hepatopatía y enfermedades caquectizantes, como el cáncer (Casado E,1975).
- b. Madre con psicosis grave o epilepsia no controlada.
- c. Nuevo embarazo (se aconseja suspender la LM a partir de la 20ª semana de gestación)³.
- d. Enfermedades infecciosas (Casquero J,1982) (Valverde

³ Excepto información anecdótica, no hay estudios específicos acerca de la práctica de alimentar al neonato y, simultáneamente, un hermano anterior (Chao S,1987).

F,1982) como, tuberculosis activa, sífilis materna con niño sano, fiebre tifoidea, paludismo grave, kala-azar, hepatitis B -bien hepatitis B aguda ó portadora HBsAg positiva, si no se inicia profilaxis activa y pasiva del lactante en las primeras veinticuatro horas de vida- y madre con VIH positivo (González MI,1989).

Cuando una mujer que está amamantando o desea hacerlo, enferma, lo que hay que valorar cuidadosamente es la relación riesgo/beneficio (Asselin BL,1987).

En el caso de mujeres diabéticas no existe contraindicación para la Lm siempre y cuando se garantice un seguimiento estrecho del proceso amamantamiento/diabetes (Asselin BL,1987).

Enfermedades agudas que requieren breve hospitalización como una apendicitis o las autolimitadas adquiridas durante el parto ó más tarde, como una gripe, no obligan a dejar la LM (Asselin BL,1987).

En ocasiones, en los países industrializados, debe tomarse en consideración la salud de la madre que podría estar en serio peligro si la secreción de hierro en la leche es de 0.5 a 1 mgr diario (Fomon SJ,1986).

El riesgo de morbilidad en los neonatos aumenta si la madre está infectada por organismos cuya transmisión a través de la leche materna o la sangre de los pezones es conocida⁴: estreptococos del grupo B (Schreiner RL,1977), citomegalovirus (Dworsky M,1983) (Krugman S,1975) (Peckham CS,1987) (Stagno S,1980) (Yow MD,1987), herpes (Dunkle ML,1979), hepatitis B (Krugman S,1975) y rubeola (Klein EB,1980). La transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) a través de la leche materna es posible (Ando Y,1989) (Bélec L,1990) (Van De Perre P,1991), pero puede ser un acontecimiento raro confinado con mayor frecuencia a madres altamente contagiosas. Es factible que la transmisión por esta vía esté limitada por la presencia de Ac IgA en leche materna, posiblemente producidos como respuesta inmune local en mujeres heterosexuales seropositivas (Bélec

⁴ Se ha descrito un caso de transmisión de listeria monocytogenes a una lactante, a través de la leche humana (Svabic-Ulahovic M,1988).

L,1990)⁵.

Es posible el papel de la leche humana como vehículo de inmunización, según el estado serológico de la madre (Peckham CS,1987). La importancia funcional de la eliminación de citomegalovirus con la leche ha sido motivo de particular preocupación (Yow M,1983). Este tipo de transmisión viral acoplada con la protección inmunitaria materna por vía transplacentaria y la vía de la mama, pueden suponer una protección a corto y largo plazo para el lactante. El prematuro seronegativo que consume leche humana infectada con citomegalovirus de un donante que no es la madre, es quien crea mayor preocupación (Garza C,1987).

Problemas de salud del lactante:

El lactante normal a término succiona y deglute en forma coordinada, protegiendo sus vías respiratorias, y cubriendo sus necesidades nutricionales⁶.

Hay lactantes con minusvalías mentales o físicas -deformidad de la mandíbula o la boca-, que no pueden succionar bien el pecho y necesitan alimentarse con biberón⁷. La decisión de alimentar al pecho al lactante minusválido es un compromiso con él, en especial por parte de la madre, y tal vez no pueda asumirlo inmediatamente, de modo que en primer lugar es posible que la lactancia no resulte fácil (Casado E,1975) (Grady E,1977) (Messenger M,1982).

Los lactantes que precisan cirugía sufren el problema de la ruptura en sus patrones alimenticios mientras los operan y se recuperan. Si la angustia de lograr que el lactante succione y el

⁵ La OMS (WHO,1987) recomienda que en el Tercer Mundo, las mujeres HIV positivas, den LM, argumentando que el riesgo atribuible a la infección del niño es pequeño comparado con el riesgo de morir con lactancia artificial. En EEUU, se recomienda que las mujeres infectadas no lacten (AAP,1989b).

⁶ El impulso para succionar y los movimientos bucales, linguales y faríngeos normales que son necesarios para la succión y la deglución, los regula el sistema nervioso central. La succión y deglución dependen de la disponibilidad de vías intactas del tallo encefálico y de la transmisión de impulsos a través de los nervios craneales, a una musculatura sana de la boca, lengua y faringe. Las lesiones por disfunción de cualquier parte de estos centros y vías reguladoras, puede ocasionar anomalías de la succión y de la deglución, las cuales, a su vez, pueden llevar a la desnutrición y causar neumonía por aspiración recurrente (Coulter M,1987).

⁷ Se puede ayudar a muchos lactantes con trastornos de la succión y deglución, así como a sus madres, cuando desean dar el pecho y tienen paciencia para intentarlo (Coulter M,1987).

lento aumento de peso que es resultado de la interferencia en el mecanismo de succión -labio leporino, fisura palatina, etc.-, causa ansiedad a la madre y la familia, puede aconsejarse el biberón (Messenger M,1982).

El origen de la minusvalía mental puede radicar en una cromosomopatía -S.de Down- o en daño cerebral pre o perinatal, o bien en un defecto del sistema nervioso. Un lactante con una minusvalía mental no será sensible ni especialmente activo, y tal vez sea somnoliento, con pobres reflejos de succión. La minusvalía mental puede estar asociada a defectos intestinales, cardíacos, etc. Para una madre devota es posible amamantar a este lactante, con una buena asesoría y control médico; habitualmente, necesitará un régimen mucho más organizado y habrá que despertarlo para comer cada dos o tres horas y alimentarlo con gran paciencia y perseverancia. Hay organizaciones que se ocupan de niños con minusvalías mentales y que pueden dar consejo oportuno y poner a los padres en contacto unos con otros.

Las minusvalías que no implican daño cerebral no interfieren en las respuestas de succión adecuadas, pero el tratamiento requerido, por ejemplo la cirugía mayor practicada a los lactantes con espina bífida, produce habitualmente dificultades para tomar al lactante en brazos y además rompe los patrones alimenticios. Evidentemente, los lactantes que tienen que pasar por cirugía necesitan mucho consuelo y amamantamiento extra; la madre ha de estar preparada para periodos durante los cuales tendrá que extraer su leche cuando el lactante no pueda ponerse al pecho. Y cuando pueda hacerlo, tal vez tenga que amamantarlo acostado o colocándolo encima de ella y tendido (Messenger M,1982).

La leche humana es inadecuada para lactantes con determinados desórdenes metabólicos (Coverney J,1985) (Worthington-Roberts BS,1989), como la fenilcetonuria⁸, la galactosemia⁹ o la intolerancia a la fucosa¹⁰.

⁸ Se han ideado rutinas alimenticias para estos niños que incluyen en la dieta un poco de leche materna (Binder J,1979).

⁹ En la galactosemia, la supervivencia y el coeficiente intelectual del niño y la aparición de cataratas, dependen de la pronta retirada de la alimentación de los nutrientes que contengan galactosa y lactosa (Berguer LR,1981) (Klaus MH,1975) (Sardharwalla IB,1987).

Tradicionalmente, se considera como contraindicada la LM en caso de madre homocigótica de fibrosis quística, por el alto contenido en sodio de la leche (Valverde F,1982) (Casquero J,1982).

En EEUU, para las madres de niños con fibrosis quística, 77% de los centros especializados de fibrosis quística recomendaron lactancia materna sólo o con suplementos de enzimas pancreáticas y/o fórmula hidrolizada. Para madres con fibrosis quística: 11% recomendaron LM, 8% no la recomendaron, 42% hicieron la recomendación de acuerdo al estado de salud de la madre, y 32% hicieron la recomendación de acuerdo a los deseos personales de la madre. La duración que se reportó para la LM en madres cuyos hijos tenían fibrosis quística fué entre 3 y 6 meses por 43% de centros, mientras que para madres con fibrosis quística 41% de los centros reportaron una duración menor de 3 meses (Luder E,1990).

La prematuridad es la causa más frecuente de dificultad en la lactancia por la ausencia o inmadurez de los reflejos de deglución y succión (Casado E,1975).

A veces el lactante no gana peso e incluso puede perderlo a pesar de los esfuerzos maternos por mejorar el suministro. Si el motivo se solventa, como es el caso de una estenosis de píloro que puede corregirse fácilmente una vez diagnosticada, la LM puede continuar. Problemas menos frecuentes, como una intolerancia total a la lactosa obligan a alimentación sustitutiva (Messenger M,1982).

Niveles altos de contaminantes ambientales en la leche materna:

Niveles altos de contaminantes ambientales en la leche materna contraindican su administración (Casquero J,1982) (Rogan WJ,1980) (Valverde F,1982).

En ausencia de efectos aparentes sobre la salud infantil, puede que el diclorodifenil dicloroetano (DDE) afecte la capacidad materna de amamantar, probablemente a causa de sus propiedades estrogénicas (Rogan WJ,1987).

NOTAS

a. MEDICAMENTOS TOXICOS:

Se recomienda demorar el uso de píldoras anticonceptivas hasta que la lactancia haya quedado bien establecida (AAP,1981b) (Berlin CM,1989). La mayor parte de estos contraceptivos, actualmente, contienen una progesterona y una pequeña cantidad de estrógeno. El estrógeno de estas píldoras (que inhiben la ovulación), que pasa al niño, es igual (o menor) que la cantidad de estrógeno secretado por una madre que ovula de manera natural. No se dispone de datos de que estos agentes alteren el volumen o la composición de la leche humana, y constituyen una forma de contracepción farmacológicamente aceptable para la madre que amamanta (Berlin CM,1989).

Los niños expuestos a las cantidades mínimas de droga anti tiroidea en la leche materna no experimentan ningún cambio en su función tiroidea. El propiltiouracilo es seguro (Berlin CM,1989), es la droga de elección en este caso ya que al no atravesar fácilmente las membranas, sus concentraciones en leche son bastante bajas. Se podría utilizar metilmazol en dosis bajas siempre que se realizara el seguimiento del status tiroideo del niño a intervalos cortos (Cooper DS,1987): T3, T4, TSH (Berlin CM,1989). Los preparados tiroideos (L-tiroxina, tiroide desecado) son seguros (Berlin CM,1989).

La madre con un diagnóstico de trastorno psiquiátrico o emocional que se trata con fármacos adecuados, tal vez presente un dilema, difícil de resolver para el pediatra, que debe aconsejar la LM y vigilar la administración de fármacos. Estas pacientes se pueden beneficiar de las ventajas psicológicas de la LM. La relación lactante-madre puede ser crucial (AAP,1982b) (Berlin CM,1989). No suele convenir dar LM con administración de diazepam, clorazepato dipotásico y haloperidol (Romá E,1991) o litio (Rivera-Calimlim L,1987).

Medicamentos usuales en tratamiento de madres con enfermedad cardiovascular e hipertensión (digoxina, diuréticos, beta- bloqueantes, antagonistas del calcio), no tienen por que afectar la LM (Berlin CM,1989). La furosemda no parece aconsejable durante la lactancia (Romá E,1991).

Los antibióticos, incluso antivirales y antimicóticos, con la posible excepción del metronidazol, aunque pasan a la leche en cantidades limitadas, parecen no presentar peligro (Berlin CM,1989) (Romá E,1991). Se considera también contraindicado el cloranfenicol (Rivera-Calimlim L,1987).

Anticoagulantes: la warfarina materna no es peligrosa para el niño que mama (McKenna R,1983). La heparina, por ser una proteína, no cruza la placenta en cantidad mensurable (Berlin CM,1989).

Muchos anticonvulsivos requieren una o dos dosis al día. Si la madre prepara los momentos en que van a tomar la sustancia para que sea inmediatamente antes de los periodos más prolongados entre mamadas, casi siempre se acompañará de concentraciones bajas o prácticamente nulas de la misma en la leche (Berlin CM,1989).

Las madre con artritis o trastorno del tejido conectivo que requieren tomar un antiinflamatorio no esteroide, en caso de duración <10 días, pueden usarlo con seguridad, excepto la aspirina en el niño muy pequeño (< 2 meses de edad). Muchas madres con artritis pueden abandonar el tratamiento durante varios meses, y recurrir a series breves -de días- que les permite resolver la situación en espera de terminar la LM. Las madres con enfermedad grave que requiern corticosteroides pueden dar el pecho sin peligro -prefiriendo terapeutica a días alternos- (Berlin CM,1989). Tratamiento con oro intramuscular en artritis reumatoide en madre que amamanta: parece muy improbable que se absorban cantidades importantes de oro en la leche materna cuando el niño es amamantado (Rooney TW,1987).

Los anestésicos gaseosos no plantean peligro para el lactante de una madre que precisa cirugía. Basta dejar pasar 12 a 24 horas sin dar el pecho para que los anestésicos desaparezcan de la sangre materna (Berlin CM,1989).

El uso breve de narcóticos como codeína, morfina y meperidina no es peligroso para el niño. Es discutible si la madre toxicómana sometida a programa de sostén con metadona debe dar el pecho (Berlin CM,1989).

Los preparados para la tos, el resfriado y diversos descongestivos contienen simpaticomiméticos o antihistamínicos, y si son líquidos, llevan alcohol. A las dosis recomendadas estos preparados no tienen peligro para las madres que lactan. En algún caso se ha referido en los niños: sedación, irritabilidad, trastornos del sueño, inquietud y cambios de apetito. La madre estará atenta a ello (Berlin CM,1989).

En madres con problemas alérgicos, los preparados de teofilina de acción prolongada que actúan debido a la lenta absorción gástrica, no representan un peligro mayor para el neonato que toma leche materna (Pratt WR,1981). La tetraciclina está contraindicada durante la lactancia. la eritromicina, por su capacidad de interferir el metabolismo de la bilirrubina en el hígado, no debe utilizarse cuando el lactante que mama tiene menos de un mes de edad. Los medicamentos que contienen yodo no deben utilizarse ya que pueden alterar el metabolismo del tiroides del neonato, o provocarle bocio (Asselin BL,1987).

La ingestión ocasional de bebidas alcohólicas (cerveza, vino) está permitida. El etanol es un compuesto no

ionizado de bajo peso molecular muy soluble en los lípidos, que se transporta rápidamente a la leche; la proporción de concentración entre leche y plasma materno es de 1 (Berlin CM,1989). Se recomienda no superar los 50 gramos semanales de alcohol de alta graduación. La alcoholemia elevada inhibe la eyección de leche (Martín-Calama J,1985c). Una madre con problema grave de alcoholismo puede no ser adecuada para amamantar; la delicada estructura hormona-estado emocional necesaria quizá no se logre en ella (Berlin CM,1989). El etanol produce un olor típico de la leche y los lactantes toman menos cantidad de leche (Mennella JA,1991). Parece asociarse el desarrollo psicomotor del lactante al año de edad y el consumo materno de alcohol durante la lactancia (Little RE,1989), obteniéndose una puntuación inferior en el índice de desarrollo psicomotor en los hijos de madres bebedoras. Y este efecto parece causado por el etanol ingerido por el niño a través de la leche materna. Otros autores no consideran concluyentes estos resultados (Lindmark B,1990), a falta de estudios experimentales y epidemiológicos que apoyen que una concentración sérica máxima de 2 mmol por litro de alcohol en los niños, produzca peligrosos efectos en su desarrollo psicomotor. Se ha descrito pseudosíndrome de Cushing causado por alcohol en la leche materna (Binkiewicz A,1978) en una lactante de 4 meses cuya madre ingería tras el nacimiento importantes cantidades de alcohol, con el argumento de "reactivar la producción de leche".

Unos opinan que el que la madre fume no afecta al lactante a través de la leche. Pero, el consumo importante de cigarrillos (más de una cajetilla al día) puede no ser compatible con la buena lactancia materna (Berlin CM,1989). Un niño alimentado al pecho por una madre fumadora recibe unas cantidades considerables de nicotina, cuyas implicaciones biológicas son, por el momento, desconocidas (Dahlström A,1990). La exposición involuntaria al humo del tabaco resulta perjudicial para la salud (Committee on Environmental Hazards,1986). La LM aumenta la exposición a los productos del humo del tabaco en los hijos de madres fumadoras y, para algunos no queda claro si los efectos beneficiosos de dar el pecho, en el caso de madres fumadoras, son superiores a los efectos perjudiciales potenciales relativos a la exposición frente a los compuestos tóxicos, carcinogénicos y mutagénicos presentes en el tabaco (Labrecque M,1989).

Las bebidas con cafeína no son peligrosas (Berlin CM,1989). La cafeína se excreta por la leche materna, pero la cantidad de cafeína ingerida por los lactantes a través de la LM es pequeña comparada con la dosis terapéutica (ej. tratamiento de apnea en prematuros) si la madre toma cantidades habituales de café (Hildebrandt R,1983). Una madre que amamanta probablemente puede beber hasta seis tazas (de 200 ml) de café al día sin efectos sobre su hijo (Berlin CM,1989). La absorción de cafeína por el lactante alimentado al pecho es variable y se ha calculado que oscila entre un 0.06 y un 1.5% de la dosis materna. Sólo ante una ingesta elevada diaria de cafeína (750 mg/día o 9-10 tazas de café) se detecta la cafeína en el suero del lactante (1.4 mg/l) (Le Guennec J-C,1987). Es posible que algunos niños sean muy sensibles incluso a pequeñas cantidades de cafeína; si se presenta irritabilidad, la madre ha de interrumpir la bebida y observar si se produce mejoría en el niño (Berlin CM,1989).

Las toxicomanías maternas suponen una contraindicación de la LM (Casquero J,1982) (Rogan WJ,1980) (Valverde F,1982). A medida que aumenta el consumo de cocaína, se afectan diferentes poblaciones. Una de ellas, no reconocida con anterioridad, es la de los lactantes amamantados. Los médicos deben educar a las mujeres que amamanatan sobre los peligros del empleo de esta droga y los efectos potenciales sobre los lactantes en desarrollo (Chasnoff IJ,1987).

Productos radiofarmacéuticos pueden contraindicar la LM (Casquero J,1982) (Rivera-Calimlim L,1987) (Rogan WJ,1980) (Valverde F,1982). El objetivo que se persigue al interrumpir la LM después de un estudio diagnóstico utilizando un isótopo radiactivo es permitir la eliminación de casi toda la radiactividad de la leche. El tiempo de eliminación de ésta varía según el isótopo. La mayor parte de los estudios utiliza un isótopo como el tecnecio-99, con una semidesintegración breve, de aproximadamente 4 horas; la radiactividad es mínima o imposible de descubrir 24 horas después de la inyección, y entonces ya no tiene peligro reiniciar la LM. Los isótopos 125 y 131 del yodo tienen semidesintegraciones más prolongadas, y quizá deba interrumpirse la LM durante 7 a 10 días. El galio-67 requiere un periodo de 2 semanas para desaparecer de la leche materna (con expresión periódica de las mamas). Los compuestos de yodo no entrañan peligro; la mayor parte no pasa a la leche, debido a su alto peso molecular (Berlin CM,1989).

Las madres que sufren cáncer y han de recibir quimioterapia no deben dar LM (Casquero J,1982) (Coveney J,1985) (Rivera-Calimlim L,1987) (Rogan WJ,1980) (Valverde F,1982). Todos los productos de este tipo que han sido estudiados pasan a la leche. Aunque las concentraciones en ésta son muy bajas, dichos compuestos son antimetabolitos potentes y citotóxicos, posiblemente con toxicidad real para el niño; también pueden interferir con sus procesos inmunitarios (Berlin CM,1989).

Están contraindicados: fenilbutazona, atropina y alcaloides del cornezuelo (Rivera-Calimlim L,1987).

I.4. LACTANCIA ARTIFICIAL.

I.4.1. OBJETIVOS DE UNA LACTANCIA ARTIFICIAL.

Los objetivos de la alimentación con biberón son los mismos que los de la LM: una criatura bien alimentada, saludable y una relación nutricia feliz entre los padres y el lactante. El trabajo de la madre es tan duro como el de la lactancia al pecho. Debe tener especial cuidado con la esterilización y hacer esfuerzos conscientes por tener al lactante cerca mientras lo alimenta para obtener placer y una 'realimentación' mutua de la experiencia (Messenger M,1982).

A pesar de la evolución en la elaboración de fórmulas lácteas adecuadas para lactantes, la buena alimentación de éstos, requiere disponer de un alimento nutricionalmente sano y de alta digestibilidad, de un suministro de agua libre de microorganismos patógenos y de adecuados medios de alimentación, biberón y tetina, y educación sobre la preparación de la fórmula y su administración al niño. Todos estos factores van a influir en la mortalidad y morbilidad de los lactantes no alimentados con lactancia materna, sobre todo en países en desarrollo (Anderson JAD,1970) (Sauls HS,1979).

I.4.2. ALGUNAS DESVENTAJAS.

Las fórmulas lácteas actuales representan una etapa en el camino hacia una óptima nutrición infantil (Barness LA,1987). Las fórmulas de uso común en la actualidad aportan cantidades de proteínas tales que producen las manifestaciones metabólicas correspondientes a una ingesta proteica excesiva -aumento de las concentraciones urinarias de creatinina y nitrógeno- (Axelsson I,1987a). En familias con escasos recursos, la situación es peor, pues la alimentación del lactante puede estar sujeta a circunstancias externas como concentraciones inadecuadas y alimentación complementaria demasiado precoz (Nogales A,1989a).

Debe prestarse especial atención a la técnica de administración en este tipo de lactancia. Así, ha de considerarse su comienzo, la concentración del producto, el intervalo entre las tomas, la cantidad de biberón por toma, la higiene del biberón y tetina, la temperatura de administración y la postura

(Seara G,1982)¹.

El niño alimentado artificialmente tiene que adaptarse a una exacta periodicidad en las tomas. Además, en ocasiones, debe esperar a que el biberón sea preparado o calentado, y correr el riesgo de recibir una leche fría o demasiado caliente (Nogales A,1989).

Quienes alimentan a sus hijos con biberón, como trabajo extra, han de lavar y esterilizar botellas y tetinas, y preparar los alimentos (Illingworth RS,1983).

I.4.3. AGUA PARA EL BIBERON.

En caso de prescindir de la LM, la principal fuente de agua es la ingesta de la misma como tal, o bien empleada en la preparación de biberones (Infante D,1989).

En muchas áreas de nuestro país el agua de consumo público (BOE,1982) no siempre es idónea para el lactante (Vitoria I,1990). Cuando ésto ocurre se recomienda un agua mineral natural y envasada para la preparación de biberones al menos los 4 primeros meses y como agua de bebida en la infancia (Infante D,1989). Hay una amplia variabilidad en el contenido de sales, en las aguas embotelladas. Ello que hace necesario su conocimiento para aconsejar la utilización del agua corriente en la preparación de los biberones, puesto que puede sobrepasarse el contenido iónico total y de sodio (Puyuelo P,1988) (Diez JM,1989). En las cifras recomendadas por la ESPGAN, la cantidad máxima de cloruro, sodio y potasio que deben contener las fórmulas adaptadas ya preparadas para la alimentación infantil no debe superar los 50 mEq/l., ni la cantidad de sodio puede ser superior a 12 mEq/l (ESPGAN,1977) (ESPGAN,1981) (ESPGAN,1982). Pero la disminución de la sal en los alimentos industriales para esta edad no tiene efecto sobre los alimentos cocinados en casa, que son más precozmente introducidos en los niños con lactancia artificial (AAP,1981a) (De Swiet M,1982).

El tipo de nutrición de los lactantes menores de 5 meses influye en la eliminación urinaria de sodio, cloro, ácido úrico, urea. Existen diferencias significativas de las sustancias

¹ Cuando se utiliza el método de la ebullición, las botellas deben permanecer en una cacerola con agua hirviendo durante 10 minutos, dejándolas en ese recipiente posteriormente, con la tapa de la cacerola puesta. Las tetinas se ponen en agua hirviendo durante tres minutos y luego se tira el agua (Illingworth RS,1983).

estudiadas en la eliminación renal de estos lactantes en dependencia de los aportes, que son la fórmula adaptada y el agua utilizada (González FJ,1990a).

I.4.4. BIBERON VERSUS PECHO.

La calificación de una buena o mala crianza dependen del contexto histórico y socio-cultural en que nos movemos (Fernández JJ,1986)². Se ha dicho que la temprana alimentación artificial de los lactantes constituye el "más vasto experimento del mundo sin controles", en relación más que con los efectos a corto plazo, con los posibles efectos a largo plazo, como son la arteriosclerosis, hipertensión, obesidad, alergia a proteínas no específicas, entre otros (Vahlquist B,1981).

A medida que se llevan a cabo estudios comparativos críticos y serios, se confirma que la leche humana es un alimento único e inigualado para la especie. Simultáneamente, van poniéndose más en entredicho las supuestas desventajas de la lactancia artificial. En nuestro medio, una lactancia artificial bien reglada, en un nivel socioeconómico aceptable y con un manejo higiénico adecuado, garantizan un desarrollo normal del lactante con unos riesgos en cuanto a morbi-mortalidad sólo ligeramente superiores a los de la lactancia natural (Martín- Calama J,1985c).

Desde el punto de vista psicológico, la lactancia materna, debe proponerse, no imponerse (Martín-Calama J,1985c) (Tizón JL,1983) (Winnicott DW,1990). Puesto que el amamantamiento es una situación delicada y compleja también para la madre, antes de recomendarlo ha de valorarse (Lytten FE,1958) (Tizón JL,1983): el estado biológico, médico, de esa futura madre, su situación social, su situación psicológica, posible apoyos de familiares y allegados, y posibles apoyos de profesionales sanitarios.

² Tan humana es la conducta de la madre que está dispuesta a amamantar a sus hijos con mucha frecuencia sin sujetarse a intervalos prefijados, como ocurre en sociedades primitivas selváticas, similares a las antiguas de cazadores-recolectores, como la de la madre de nuestro mundo occidental que dispone de una fórmula láctea suficiente sofisticada, adaptada, higienizada, y que ofrece a su hijo cada 3 horas, con pausa nocturna, y con una programación casi de computadora según las pautas dietéticas.

I.5. FACTORES RELACIONADOS CON EL INICIO Y LA DURACION DE LA LACTANCIA.

I.5.1. PRINCIPALES FACTORES QUE SE CITAN EN LA BIBLIOGRAFIA EN RELACION CON EL INICIO Y LA DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA.

La elección del amamantamiento o de la lactancia artificial depende en gran parte de circunstancias ligadas a factores geográficos, raciales, familiares, sociales, culturales, religiosos, económicos, políticos, de educación sanitaria, entre otros (Ekwo EE,1983) (Sánchez E,1989a).

En la literatura se describen a modo de 'recetas', agrupaciones de factores psicosociales que pueden suponer riesgo para la consecución de una LM adecuada. Como ejemplo mostramos, en la tabla XXX, la efectuada por MH Kearney.

Los factores determinantes del comienzo y duración de la LM se dividen en dos grupos (Kramer MS,1991) (Ryan AS,1991): los que resisten relativamente los cambios -edad materna, nivel socioeconómico, raza/etnia, localización geográfica, estado marital, nivel de educación, etc.- y los que son modificables mediante intervenciones clínicas o de la Salud Pública. Los factores modificables pueden dividirse en el tiempo en:

1. Factores que intervienen en el período prenatal -información y educación sanitaria general, apoyo por parte de los profesionales de la salud-.
2. Factores que intervienen en el postparto inmediato -contacto precoz de la madre con el niño, información y apoyo por parte de los profesionales de la salud, alojamiento, programación de la alimentación según la demanda, suplementos de fórmula en el hospital-.
3. Factores que intervienen en el periodo postparto ulterior -orientación y apoyo, programación de la alimentación infantil, exposición infantil a las muestras de fórmula y otros tipos de propaganda comercial, trabajo de la madre, uso de anticonceptivos hormonales-.

Tabla XXX: FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO PARA LA LACTANCIA MATERNA (Kearney MH, 1988)

Personalidad:

Inmadurez; dependencia; desagrado de las funciones corporales; rigidez-necesidad de previsión; insensibilidad a las necesidades del lactante; ansiedad; baja autoestima.

Situación familiar:

No alimentación al pecho en la familia de origen; pareja disgustada o celosa por la LM; inestabilidad marital; falta de soporte familiar amplio para valerse.

Actitudes personales:

Creencia de que la LM no es conveniente, es embarazosa, no es atractiva, supone sobreesfuerzo en conflicto con otras responsabilidades y, resulta física y emocionalmente incómoda; creencia de que la alimentación con biberón es conveniente, más satisfactoria para el lactante, ata menos a la madre y permite al padre participar.

Medio social:

Falta de amigas que lactaron; lactancia con biberón es una norma en la comunidad; ambivalencia de los profesionales de la salud; estilo de vida que requiere estar con frecuencia separada del lactante.

Estado emocional:

Depresión; fatiga; incomodidad; disminución de autoestima; ansiedad; fobia; frustración con el lactante.

Comportamiento del lactante:

Llanto excesivo; irritabilidad; dificultades tempranas con la alimentación; pasividad o falta de interés; succión débil o ineficaz.

De los factores citados parecen más relevantes: la información y orientación prenatal, el estímulo durante el periodo inmediatamente posterior al parto para conseguir el máximo contacto físico materno-infantil y la orientación y apoyo a las madres que tienen dificultades para la LM al comienzo y al final del periodo postparto (Kramer MS, 1991), quizá porque pueden realzar o desalentar la LM mediante una intervención relativamente fácil (AAP, 1982).

Si ya resultaba difícil estudiar de forma comparativa las cifras porcentuales en cuanto a la elección inicial y el momento de abandono, intentar comparar los posibles factores de influencia de cada sociedad relacionados con la incidencia y duración del amamantamiento a través de las publicaciones existentes, parece inviable (Sarett HP, 1983) (Salariya EM, 1978).

De los factores que se citan en la literatura como influyentes en el inicio de la LM y en su duración, señalamos a continuación algunos de los más relevantes, con referencias bibliográficas y, entre paréntesis, la relación observada con el

inicio (I) y la duración (D) de la LM:

1. Factores que resisten relativamente los cambios:

Peso del recién nacido:

Buñuel JC,1990 (D); Calzolari C,1989 (I); Elander G,1984 (D); Grossman LK,1990 (I); González FJ,1989a (I); Lefebvre F,1989 (D); Mazón A,1989 (I); Muñoz MT,1986 (D); Muñoz MT,1987 (D); Ramos I,1983 (D); Ramos I,1985 (D); Sánchez-Valverde F,1991b (I); Tamminen T,1983 (I+D); WHO,1981a (D).

Edad gestacional y su relación con el peso de RN:

Buñuel JC,1990 (D); Grossman LK,1990 (I); Smith B,1983 (I+D).

Actividades y costumbres de la mujer actual:

Ekwo EE,1984 (D); Jones DA,1986a (D); Jones DA,1987 (I); Koctürk T,1989b (I); Martin CL,1976 (I); Martínón F,1985 (I).

Conflicto pecho-sexualidad:

Koctürk T,1989b (I); Martín-Calama J,1985c (I+D); Weichert CE,1979 (I).

Ansiedad y tensión psíquica materna. Inseguridad, inquietud, vergüenza, percepción de posibles dificultades o falta de confianza materna en sus posibilidades y miedo al fracaso de la LM. Preocupaciones familiares:

Ekwo EE,1984 (I); García A,1980 (D); Hally MR,1984 (I); Illingworth RS,1983 (D); Loughlin HH,1985 (I+D); Martin CL,1976 (I); Martín-Calama J,1985c (I+D); Nogales A,1989b (I+D); Weichert CE,1979 (I).

Insuficiencia de tejido glandular mamario e hipodesarrollo mamario:

Neifert MR,1985 (I+D).

Salud de la madre tras el parto:

Bergevin Y,1983 (D); Marzo F,1987 (I); Montolio B,1988 (D); Nogales A,1989b (D); PAIDOS'84,1985 (I); Ramos I,1983 (D).

Ganancia de peso del lactante:

Martines JC,1989 (D).

Enfermedad del hijo:

Buñuel JC,1990 (D); Ramos I,1983 (D); Ramos I,1985 (I); Sauls HS,1979 (D).

Factores culturales, incluyendo "cultura popular global":

AAP (I); Ballabriga A,1988 (D); ESPGAN,1982 (I+D); Hally MR,1984 (D); Hanson LA,1983 (D); Ribó MA,1983 (I+D); Sánchez-Valverde F,1988 (I+D); Stahlberg MR,1985 (D); West CP,1980 (D).

Creencias religiosas:

Birenbaum E,1989 (I).

Tradición familiar de LM y madres lactadas al pecho:

Andrés A,1989 (I+D); Cerrudo P,1987 (I); De Chateau P,1977a (D); Entwistle DR,1982 (I); Hally MR,1984 (I); Joffe A,1987 (I+D); Jones DA,1987 (I); Lawrence RA,1987 (D); Ruiz FJ,1989 (D); Smith B,1983 (I+D); Temboury MC,1990e (D).

Factores educacionales:

Grossman LK,1990 (I); Hally MR,1984 (D); Stahlberg MR,1985 (D); West CP,1980 (D).

Conocimientos maternos, nivel de estudios, educación, años de escolarización y nivel cultural materno:

AAP,1978 (I); Andrés A,1989 (I+D); Barros FC,1986 (I+D); Benac M,1982 (I+D); Bergevin Y,1983 (D); Birenbaum E,1989 (I); Bloom K,1982a (D); Brown RE,1988 (I); Cerezo MA,1986 (I); Cerrudo R,1987 (D); Cunningham AS,1977 (D); Ekwo EE,1983 (I); Ekwo EE,1984 (I); Feinstein JM,1986 (I+D); Florack E,1984 (I+D); Forman MR,1984 (I+D); Grossman LK,1990 (I); Hally MR,1984 (I+D); Hoffmans MD,1986 (D); Huffman SL,1984 (I+D); Hofvander Y,1979 (I+D); Kurinij N,1988 (I+D); Koctürk T,1989b (I+D); MacGowan RJ,1991 (I); Martín-Calama J,1985a (I+D); Martín-Calama J,1985b (D); Martín-Calama J,1986 (D); Martínez GA,1983 (I+D); Nogales A,1989b (D); Pérez-Choliz V,1986 (D); Pursall EW,1978 (I+D); Ramos I,1983 (D); Reniers JR,1983 (I+D); Ribó MA,1983 (I+D); Ruiz FJ,1989 (D); Salber EJ,1966 (I+D); Santos L,1982 (I+D); Santos I,1990 (D); Sjölin S,1977 (I); Stahlberg MR,1985 (I+D); WHO,1981a (I+D); Wright HJ,1983 (D); Wright AL,1988 (I).

Profesión de la madre:

Birenbaum E,1989 (I); Ståhlberg M-R,1985 (D).

Factores psico-sociales diversos:

AAP,1978 (I); Barros FC,1986 (I+D); Kearney MH,1988 (I); Nogales A,1989a (I); Temboury MC,1990d (D).

Embarazo planeado y deseado o no:

Feinstein JM,1986 (D); Cerrudo R,1987 (D); Martín-Calama J,1985b (I); Montolio B,1988 (D); Nogales A,1989a (I).

Sexo del hijo:

González FJ,1989a (D); Martines JC,1989 (D); Ramos I,1985 (D).

Coincidencia del sexo del hijo con el deseado por la madre:

Cerrudo R,1987 (D); Ribó MA,1983 (D); Ribó MA,1983 (I+D).

Experiencia en anteriores LM, exitosas ó no:

Andrés A,1989 (I+D); Birenbaum E,1989 (I); Ekwo EE,1983 (I); Ekwo EE,1984 (I); Feinstein JM,1986 (D); Grossman LK,1990 (I); Jones DA,1987 (I); Lawrence RA,1987 (I+D); Lefevre M,1987 (I); Lyon AJ,1984 (D); Martín-Calama J,1985c (I); Montolio B,1988 (D); Nogales A,1989b (D); Sjölin S,1977 (I); West CP,1980 (D); Zamora V,1988 (I).

Expectativa y previsión de la madre de un periodo prolongado o no de LM -en embarazo o puerperio-:

Loughlin HH,1985 (D); Martín-Calama J,1985b (D); Nogales A,1989b (D); Valls A,1985 (D).

Factores sociales:

ESPGAN,1982 (I+D); Hally MR,1984 (D); Martín-Calama J,1985c (I+D); Ribó MA,1983 (I+D); Stahlberg MR,1985 (D); West CP,1980 (D).

Industrialización. Urbanización:

Gussler JD,1980 (D); Huffman SL,1984 (I+D); Koctürk TO,1986a (D); Kramer MS,1988 (I).

Inmigración. Raza y etnia:

Benac M,1982 (I); Desantis L,1986 (D); Díez-Delgado J,1991 (I); Kurinij N,1988 (I+D); Koctürk T,1986a (D); Koctürk T,1989b (I); Kraybill EN,1983 (D); Rassin DK,1984 (I); Santos L,1982 (D); Wright AL,1988 (I).

Medio urbano o rural. Tamaño de la población:

Andrés A,1989 (I+D); Canosa CA,1977 (I); Couce ML,1987 (I); Ruiz C,1989 (I+D).

Clase social:

Barros FC,1986 (I+D); Brown RE,1988 (I); Fomon SJ,1976 (I+D); Forman MR,1984 (I+D); Frischeknecht W,1978 (I+D); Grossman LK,1990 (I); Hally MR,1984 (I+D); Houston MJ,1983 (D); Jones DA,1987 (I); Koctürk T,1989b (I+D); Kraybill EN,1983 (D); Lyon AJ,1984 (I+D); Martinez GA,1983 (I+D); Martínón F,1985 (I); Muñoz MT,1987 (D); Pérez-Choliz V,1986 (D); Reniers JR,1983 (I+D); Ribó MA,1983 (I); Ruiz C,1989 (I+D); Santos I,1990 (D); Taitz LS,1983 (I+D); Whitehead RG,1985 (I+D); WHO,1981a (I+D).

Nivel socioeconómico e ingresos familiares:

Andrés A,1989 (I+D); Bachiller MR,1990 (D); Barros FC,1986 (I+D); Bloom K,1982b (I); Cerrudo R,1987 (D); Couce ML,1987 (I); Ekwo EE,1983 (I); Ekwo EE,1984 (I+D); Fomon SJ,1987 (I); García C,1990 (D); Huffman SL,1984 (I+D); Martín-Calama J,1985b (D); Martínez GA,1983 (I+D); Montolio B,1988 (D); Persson LÅ,1984 (D); Ramos I,1983 (D); Ramos ML,1989 (D); Ribó MA,1983 (I+D); Salber EJ,1966 (I+D); Santos I,1990 (D); Sjölin S,1977 (I); Ståhlberg M-R,1985 (D); Temboury MC,1990d (D); WHO,1981a (I+D).

Profesión del padre:

Bloom K,1982a (D); Stahlberg MR,1985 (I+D).

Nivel de estudios del padre:

Cunningham AS,1977 (D); Montolio B,1988 (D).

Vivienda en propiedad o no:

Hally MR,1984 (I+D).

Edad de la madre:

Andrés A,1989 (I+D); Calzolari C,1989 (I+D); Cerrudo R,1987 (D); Cobaleda A,1989 (D); Couce ML,1987 (I); Crespo M,1976 (I); Dargallo JL,1987 (I); Ekwo EE,1984 (D); Feinstein JM,1986 (I+D); Florack E,1984 (I); García A,1980 (I+D); García R,1981 (I); Gil JM,1986 (D); Grossman LK,1990 (I); Hally MR,1984 (I); Jones DA,1987 (I); Martínón F,1985 (I); Pérez M,1979 (I+D); Pérez-Choliz V,1986 (D); Rassin DK,1984 (D); Rico JL,1982 (I); Sánchez-Valverde F,1988 (I); Santos L,1982 (D); Sjölin S,1977 (I); Temboury MC,1990d (D); Verronen P,1984 (D); Wright HJ,1983 (D).

Paridad de la madre:

Barros FC,1986 (I+D); Benac M,1982 (I); Bergevin Y,1983 (D); Bloom K,1982a (D); Cerezo MA,1986 (I+D); Crespo M,1976 (I); Cunningham AS,1977 (D); Dargallo JL,1987 (I); Feinstein JM,1986 (I+D); Hally MR,1984 (I); Jones DA,1986a (D); Jones DA,1987 (I); Martínón F,1985 (I); Mazón A,1989 (I); Pérez-Choliz V,1986 (D); Ramos I,1983 (D); Ramos I,1985 (D); Rico JL,1982 (I); Sanchez- Valverde F,1988 (I+D); Santos I,1990 (D); Santos L,1982 (I+D); Verronen P,1984 (D); Zuppa AA,1986 (I).

Estado marital. Estabilidad matrimonial:

Ekwo EE,1983 (I+D); Ekwo EE,1984 (I+D); Grossman LK,1990 (I); Hally MR,1984 (I); Koctürk T,1989b (I); Kraybill EN,1983 (D); Kurinij N,1991 (D); MacGowan RJ,1991 (I); Wright AL,1988 (I).

Nº de convivientes en el domicilio familiar. Familia nuclear o no:

Ekwo EE,1983 (I+D); Ekwo EE,1984 (I+D); Hally MR,1984 (I); Martín-Calama J,1985b (I); Smith B,1983 (I+D); WHO,1981a (D).

Presión del medio, actitud social y cultural en el medio:

Martín-Calama J,1985b (D); Martin CL,1976 (I); Weichert CE,1979 (I).

Influencia y apoyo de amigos. Experiencia de las amigas en LM:

Ekwo EE,1983 (I); Ekwo EE,1984 (I); Hally MR,1984 (I); Jones DA,1987 (I); Martínez GA,1983 (I+D); Sjölin S,1977 (I); PAIDOS- 84,1984 (D); Salber EJ,1966 (I+D).

Influencia y apoyo de la familia. Influencia de la madre de la mujer:

Ekwo EE,1983 (I); Ekwo EE,1984 (I+D); Florack E,1984 (I); González J,1989 (D); Hally MR,1984 (I); Martínez GA,1983 (I+D); Martínón F,1985 (I); Naylor A,1987 (D); Person LA,1984 (D); Salber EJ,1966 (I+D); Straling J,1979 (D); Sjölin S,1977 (I).

Actitud, influencia y apoyo del padre del niño:

AAP,1978 (I+D); Birenbaum E,1989 (I); Bloom K,1982a (D); Ekwo EE,1984 (I); Ekwo EE,1983 (I); Hally MR,1984 (I); Jones DA,1987 (I); Lefevre M,1987 (I); Martín-Calama J,1985a (D); Martín-Calama J,1986 (I); Montolio B,1988 (D); Parke RD,1981 (D); Pérez-Sánchez M,1981 (D); Sjölin S,1977 (I); Smith B,1983 (I+D); Ståhlberg M- R,1985 (I); Starling J,1979 (D); Temboury MC,1990e (D); Verronen P,1984 (D).

Apoyos o soportes diversos:

Grossman LK,1990 (I).

2. Factores modificables mediante intervenciones clínicas o de la Salud Pública:

a. Factores que intervienen en el período prenatal:

Clases prenatales de educación maternal:

Beaudry M,1989 (I); Bloom K,1982a (D); Grossman LK,1990 (I); Lyon AJ,1984 (D); Salvador RM,1988b (D); Shoham I,1990 (I+D).

Asfixia perinatal y vitalidad del RN -APGAR-:

Elander G,1984 (D); Tamminen T,1983 (I+D).

Preparación y cuidados de los pechos para la LM:

Bloom K,1982a (D).

Consumo de alcohol o drogas durante el embarazo:

Grossman LK,1990 (I).

Hábito tabáquico de la madre:

Birenbaum E,1989 (I); Buñuel JC,1990 (D); Couce ML,1987 (I); Feinstein JM,1986 (I+D); Florack E,1984 (I+D); Lyon AJ,1983a (I+D); Lyon AJ,1983b (D); Lyon AJ,1984 (D); Ståhlberg MR,1985 (I+D); Whichelow MJ,1979 (I+D).

b. Factores que intervienen en el postparto inmediato:

Precocidad del contacto madre-hijo:

De Carvalho M,1983 (D); De Chateau P,1977b (D); Grossman LK,1990 (D); Klauss MH,1970a (D); Klauss MH,1972 (D); Slaven S,1981 (D).

Precocidad de la puesta al pecho y hora de la 1ª tetada:

Andrés A,1989 (I+D); Bloom K,1982a (D); De Carvalho M,1983 (D); De Chateau P,1977a (I+D); De Chateau P,1977b (D); Feinstein JM,1986 (D); Hally MR,1984 (I+D); Helsing E,1985 (D); Kurinij N,1991 (D); Lawrence RA,1982 (I); Lawrence RA,1987 (D); Martín-Calama J,1985c (D); Martines JC,1989 (D); Montolio B,1988 (D); Nogales A,1989b (D); Person LA,1984 (I); Salariya EM,1978 (D); Slaven S,1981 (D); Taylor PM,1985 (D); Taylor PM,1986

(D); Wright HJ,1983 (D); WHO,1981a (D).

Dificultades maternas con las primeras tomas ó hasta el establecimiento de la LM:

García A,1980 (I); Jones DA,1986 (D); Lawrence RA,1987 (D); Loughlin HH,1985 (D); Martín-Calama J,1985c (D); Naylor A,1987 (D); Nogales A,1989b (D); Ramos I,1985 (D); Wright HJ,1983 (D); Zuppa AA,1986 (I).

Suplementación de leche de fórmula, en el hospital ó, los primeros días, en el domicilio:

Andrés A,1989 (I+D); De Carvalho M,1983 (D); Gray-Donald K,1985 (D); Feinstein JM,1986 (D); Hally MR,1984 (D); Kurinij N,1988 (D); Loughlin HH,1985 (D); Martín-Calama J,1985b (D); Martín-Calama J,1985c (D); Martines JC,1989 (D); Nogales A,1989b (D); Samuels SE,1985 (D); Slaven S,1981 (D); Straling J,1979 (D); Verronen P,1980 (D); Verronen P,1982 (D); Winikoff B,1986 (I); Wright HJ,1983 (D).

Frecuencia de tomas de pecho los primeros días y tiempo total diario succionando:

Feinstein JM,1986 (D); Houston MJ,1983 (D); Lawrence RA,1987 (D); Martín-Calama J,1985c (D); Martines JC,1989 (D); Salariya EM,1978 (D).

Suero glucosado o agua adicional los primeros días de vida:

Hally MR,1984 (I).

Empleo de chupete ó tetina de biberón:

Neifert MR,1986 (I).

Presencia del marido en el parto:

Tamminen T,1983 (I+D).

Distintos aspectos de rutinas y pautas hospitalarios -prácticas inadecuadas de lactancia en maternidades y hábitos como doble pesada, evitar el acceso del padre-:

AAP,1978 (I+D); Bloom K,1982a (D); Casado E,1982a (D); Casado E,1982b (I+D); Casado E,1983 (I); De Chateau P,1977a (D); Elander G,1984 (I+D); García A,1980 (I); Gray-Donald K,1985 (D); Hally MR,1984 (D); Helsing E,1985 (I+D); Houston MJ,1981 (I); Kraybill EN,1983 (D); Loughlin HL,1985 (D); Neifert MR,1980 (I); Nogales A,1989b (D); Reiff MI,1985 (D); Winikoff B,1980 (I); Yamauchi Y,1990b (I).

Separación del RN de su madre por incidencias neonatales banales o por problemas estructurales de la maternidad:

Casado E,1982b (I+D); Elander G,1984 (D); Elander G,1986 (D); Tamminen T,1983 (D); Winikoff B,1986 (I).

Alojamiento de madre e hijo juntos en la maternidad - 'rooming-in'- y duración del contacto los primeros días:

Bloom K,1982a (D); Cerrudo R,1987 (D); Hally MR,1984 (I); González J,1989 (I); Helsing E,1985 (D); Klauss MH,1972 (D); Lawrence RA,1982 (I); Lindenberg CS,1990 (I); Person LA,1984 (I); Straling J,1979 (D); Taylor PM,1986 (D); Winikoff B,1980 (D); Winikoff B,1986 (I).

Cesarea vs parto vaginal:

Andrés A,1989 (I+D); Calzolari C,1989 (I+D); Dargallo JL,1987 (I+D); Elander G,1984 (D); Grossman LK,1990 (D); Kurinij N,1991 (D); Lucchini R,1984 (I+D); Tamminen T,1983 (I); Victora CG,1990 (D); Zuppa AA,1984 (I).

Parto vaginal eutócico vs parto instrumental y uso de medicación en el parto:

Begley CM,1990 (D); Elander G,1984 (D); González F,1989 (I+D); Tamminen T,1983 (I+D); Zuppa AA,1984 (I).

Separación del RN de su madre por incidencias perinatales o neonatales graves e ingreso:

Elander G,1984 (D); Martín-Calama J,1985 (D); Martín-Calama J,1986 (I); Mazón A,1989 (I); Muñoz MT,1986 (D); Muñoz MT,1987 (D); Tamminen T,1983 (D).

Depresión materna postparto y su tratamiento:

Auerbach KG,1990 (D).

Duración de la estancia en la maternidad y altas precoces:

Dargallo JL,1987 (D); García A,1980 (I); Kraybill EN,1983 (I); Lawrence RA,1987 (I).

Niño excesivamente llorón los primeros días de vida, según el personal de enfermería:

Loughlin HH,1985 (D).

c. Factores que intervienen en el periodo postparto ulterior:

Conductas del lactante asumidas como indicadores de hambre, temperamento "difícil" y dolores "cólicos":

Barr RG,1989 (D); Bloom K,1982a (D); Loughlin HH,1985 (D); Martín-Calama J,1985b (D); Sameroff AJ,1981 (D).

Uso de anticonceptivos hormonales tras el parto:

Martín-Calama J,1985c (D); Martines JC,1989 (D).

Edad de introducción de alimentación complementaria:

Bloom K,1982b (D); Koctürk T,1988a (D); Ribó MA,1983 (D); Ruiz FJ,1989 (D); Sánchez-Valverde F,1988 (I+D).

Trabajo materno remunerado vs ama de casa. Reincorporación de la madre al mundo laboral:

Auerbach KG,1984 (D); Bamisaiye A,1983 (D); Birenbaum E,1989 (I); Camarero C,1985 (D); Cerrudo R,1987 (D); Ekwo EE,1983 (I+D); Ekwo EE,1984 (I+D); Florack E,1984 (I); Fuertes A,1990 (D); García A,1980 (I+D); Gielen AC,1991 (D); Huffman SL,1984 (I+D); Katcher AL,1985 (I+D); Martín-Calama J,1985b (D); Martínez GA,1981a (I+D); Martínez GA,1983 (I+D); Montolio B,1988 (D); Muñoz MT,1987 (D); Nogales A,1989b (I+D); PAIDOS-84,1984 (D); Ramos I,1985 (D); Rivo MA,1983 (D); Ryan AS,1989 (D); Sánchez-Valverde F,1988 (I+D); Santos L,1982 (I+D); Sinniah D,1980 (I+D); Sjölin S,1977 (I); Ståhlberg M-R,1985 (D); WHO,1981a (D); Wright AL,1988 (I).

d. Factores que intervienen en los tres periodos anteriores:

Información, orientación y educación sanitaria:

Arana C,1987 (D); Bloom K,1982a (D); Casado E,1979 (I); Casado E,1982a (I); Coles EC,1978 (I+D); Ekwo EE,1984 (I); Ferrer B,1987 (D); Florack E,1984 (I); Gutierrez M,1988 (D); Hally MR,1984 (I+ D); Jones EG,1984 (I+D); Jones DA,1985 (D); Kraybill EN,1983 (D); Lawrence RA,1987 (I+D); Martín MJ,1988 (D); Martínón F,1985 (I); Montolio B,1988 (D); Nogales A,1989b (I+D); Pérez M,1979 (I); Ribó MA,1983 (D); Ruiz C,1989 (I+D); Tembourny MC,1990a (D); Tembourny MC,1990e (D); Verkasalo M,1980 (I+D); Verronen P,1980 (I).

Apoyo de profesionales de la salud, orientación y asesoramiento médico o de enfermería -directo, telefónico- y atención médica:

AAP,1978 (I); Barros FC,1986 (D); Bernard-Bonnin AC,1989 (D); Bloom K,1982a (D); Cable TA,1984 (I+D); Camarero C,1985 (D); Casado E,1979 (I); Ferris AM,1987 (D); González J,1989 (D); Gutierrez M,1988 (D); Hally

MR,1984 (I+D); Houston MJ,1981 (I); Huffman SL,1984 (I+D); Ibarra A,1989 (D); Jones DA,1985 (D); Jones DA,1986b (D); Kleinberg WM,1977 (D); Kraybill EN,1983 (D); Lawrence RA,1982 (D); Lawrence RA,1987 (I+D); Mansbach IK,1984 (D); Martín MJ,1988 (D); Martín-Calama J,1985a (D); Muñoz F,1986 (D); Muñoz MT,1987 (D); Naylor A,1987 (D); Neifert MR,1980 (I); PAIDOS-84,1984 (D); Paricio JM,1982a (D); Ribo MA,1983 (D); Ross SM,1987 (D); Sánchez-Valverde F,1988 (D); Smith B,1983 (I+D); Starling J,1979 (D); Verkasalo M,1980 (I+D); Verronen P,1980 (I); Winikoff B,1980 (I+D).

Convicción, interés o conocimientos de los profesionales de la salud de la superioridad de la LM:

Brasel JA,1987 (I+D); Casado E,1979 (I); Casado E,1982a (I); Casado E,1982b (I); Elander G,1984 (I); García A,1980 (D); Helsing E,1985 (I); Herrera M,1986 (I+D); Martín CL,1976 (I); Martín-Calama J,1985b (I); Martín-Calama J,1985c (I+D); Martín-Calama J,1986 (I); Nogales A,1989b (I+D); Winikoff B,1986 (I).

Propaganda dietética infantil. Actividades de marketing de la industria farmacéutica:

Bergevin Y,1983 (D); Casado E,1982a (I); ESPGAN,1982 (I+D); Evans CJ,1986 (D); Feinstein JM,1986 (D); Frank DA,1987 (D); Huffman SL,1984 (I+D); Louhlin HH,1985 (D); Naylor A,1987 (D); Sánchez-Valverde F,1988 (D).

Alimentación a demanda vs alimentación horaria:

Bloom K,1982a (D); De Carvalho M,1983 (D); González J,1989 (D); Hally MR,1984 (I+D); Helsing E,1985 (D); Kraybill EN,1983 (D); Kurinij N,1991 (D); Lawrence RA,1982 (I); Martín-Calama J,1985c (D); Nogales A,1989b (D); Person LA,1984 (I); Slaven S,1981 (D); Verronen P,1980 (D).

Opiniones y actitudes que sobre la LM la mujer verbaliza:

Jones DA,1986 (D); Koctürk T,1989b (I); Martín-Calama J,1985a (D); Newton N,1967 (I); Ramos I,1985 (I).

- LM como método ideal de alimentar:

Ekwo EE,1983 (I); Ekwo EE,1984 (I); Jones DA,1987 (I); Martín CL,1976 (I); Sjölin S,1977 (I).

- Protección de la LM contra la infección:

Ekwo EE,1983 (I); Ekwo EE,1984 (I); Florack E,1984 (I).

- La LM es natural, conveniente o saludable para el niño:

-
- Ekwo EE,1983 (I); Jones DA,1987 (I); Kocürk T,1989b (I); Marzo F,1987 (I); Smith B,1983 (I+D).
 - La LM proporciona mejor nutrición:
Ekwo EE,1983 (I); Ribó MA,1983 (I+D); Sarett HP,1983 (I); Smith B,1983 (I+D).
 - Conveniencia materna de la LM:
Buñuel JC,1990 (D); González D,1990 (I); Kocürk T,1989b (I); Sarett HP,1983 (I).
 - La LM satisface necesidades afectivas del hijo:
Martin CL,1976 (I).
 - La LM favorece el establecimiento de relación madre-hijo:
Ekwo EE,1983 (I); Martin CL,1976 (I).
 - Satisfacción emocional materna por la lactancia:
Ekwo EE,1983 (I); Ekwo EE,1984 (I); Sjölin S,1977 (I).
 - Placer de la madre que lacta:
Martin CL,1976 (I).
 - Ultima ocasión para lactar, en multiparas:
Ekwo EE,1983 (I).
 - Ventajas económicas de la LM y del espaciamiento entre nacimientos:
Kocürk T,1988a (I); Kocürk T,1988b (I); Kocürk T,1989b (I); Lillig K,1982 (I).
 - Repercusiones estéticas de la LM:
Martin CL,1976 (I); Martín-Calama J,1985c (I+D); Nogales A,1989b (I+D); Weichert CE,1979 (I).
 - Excelencia de la lactancia artificial:
Martin CL,1976 (I); PAIDOS'84,1985 (I).

Hipogalactia y "crisis de lactancia":

Bloom K,1982a (D); Casado E,1982b (I+D); Casado E,1989 (D); Contreras A, 1987 (D); Feinstein JM,1986 (D); Ferrer B,1987 (D); Florack E,1984 (I+D); Forman MR,1984 (D); García A,1980 (D); Gil JM,1986 (D); González D,1990 (D); Greiner T,1981 (D); Gussler JD,1980 (D); Harrell BB,1981 (D); Houston MJ,1981 (D); Lyon AJ,1984 (D); Martín-Calama J,1985c (D); Martín-Calama J,1985b (D); Martín-Calama J,1986 (D); Martines JC,1989 (D); Martinez GA,1979 (D); Martínón F,1985 (I); Marzo F,1987 (D); Muñoz J,1986 (D); Muñoz MT,1987 (D); Nogales A,1989b (D); PAIDOS-84,1984 (D); PAIDOS'84,1985 (I); Paricio J,1982a (D); Ramos I,1983 (D); Sánchez-Valverde

F,1988 (D); Santos I,1990 (D); Sjölin S,1977 (D); Sjölin S,1979 (D); Smith B,1983 (I+D); Starling J,1979 (D); Temboury MC,1990a (D); Usandizaga JM,1988 (D); Verronen P,1982 (D); West CP,1980 (D); WHO,1981a (I+D); Winikoff B,1986 (D); Zamora V,1988 (D).

Percepción materna de que su leche pudiera no ser adecuada:

Martin CL,1976 (I); Martines JC,1989 (D).

Eficacia del niño para pedir el alimento y rechazo por el niño de la LM:

Lawrence RA,1987 (D); Sameroff AJ,1981 (I+D); Santos I,1990 (D); Straling J,1979 (D).

Anomalías del pezón o complicaciones por patología de la mama durante la LM:

Ekwo EE,1984 (D); Martín-Calama J,1985c (I+D); Ramos I,1983 (D); Ramos I,1985 (D).

Satisfacción de la madre con el peso del hijo:

Koçtürk T,1989b (I); Nogales A,1989b (D).

Momento de elección o decisión del tipo de lactancia -antes, durante el embarazo o tras el parto-:

Aberman S,1985 (I); Beaudry M,1989 (I); Birenbaum E,1989 (I); Entwistle DR,1982 (D); Hally MR,1984 (I+D); Jones DA,1986a (D); Kurinij N,1991 (D); LeFevre M,1987 (I); Louhlin HH,1985 (D); Lyon AJ,1984 (I+D); Martín-Calama J,1985c (I); Nicaud V,1985 (I); Sarett HP,1983 (I); Wharton B,1982 (I).

I.5.2. HIPOGALACTIA.

En el volumen de la leche materna influyen múltiples factores (Anderson HG,1985) (Bloom K,1982a) como: la etapa de la lactancia, la edad de la madre -correlación negativa-, la regulación de la liberación de leche entre tomas, las demandas del lactante y conductas infantiles asumidas como indicadores de hambre -llanto, despertar-.

Las madres con deficiencias nutricionales suelen producir un volumen de leche ligeramente inferior al promedio aunque sin variaciones considerables en la composición de la leche (Vahlquist B,1981). En poblaciones donde la madre está bien

alimentada se observa una amplia variación en la cantidad de leche materna producida diariamente, que oscila entre 450 y 1200 gr/día en los primeros 4 meses de lactancia (Butte NF,1984c) (Dewey KG,1986) (Dewey KG,1991) (Dusdieker LB,1985) (Dusdieker LB,1990) (Hofvander Y,1982) (Lønnerdal B,1976) (Neville MC,1988) (Whitehead RG,1981). Estas diferencias parecen debidas a una variación de la 'demanda' del lactante mas que a una inadecuada producción láctea (Dewey KG,1986) (Dewey KG,1991).

La insuficiencia de leche o hipogalactia -el llamado "síndrome de leche insuficiente" (Koctürk T,1988a)- es el primero o uno de los principales motivos por el que las madres evitan la LM (Esterik PV,1981) (Martín-Calama J,1985b) (Santos I,1990) y es la razón más común que dan las madres a su fracaso -a menudo, precoz- del amamantamiento (Contreras A,1987) (Feinstein JM,1986) (Forman MR,1984) (Greiner T,1981) (Gussler JD,1980) (Harrell BB,1981) (Johanson GG,1983) (Martines JC,1989) (Sánchez-Valverde F,1988) (Sjölin S,1977) (Sjölin S,1979) (Verronen P,1982) (West CP,1980) (WHO,1981a). Según los autores, supone entre un 25 y 64 % de los abandonos de la LM (García A,1980) (Pérez M,1979).

Se ha definido la insuficiencia de leche como un "síndrome urbano", propio de sociedades industrializadas (Esterik PV,1981) (Gussler JD,1980) ya que la hipogalactia era poco frecuente antes de la introducción de las fórmulas lacteas infantiles (Forsyth BWC,1985) y las madres que viven bajo condiciones sociales y nutricionales adversas (Jelliffe DB,1978a) o en zonas rurales o con difícil acceso a alimentos infantiles artificiales, son capaces de amamantar sin ese problema.

Es difícil aceptar que más de un 2% de las mujeres sufra patología endocrina o mamaria que impida la LM (González J,1989). La hipogalactia genuina afecta a un pequeño porcentaje de mujeres (Neifert MR,1981) (Neifert MR,1985a) (Neifert MR,1986) y se manifiesta desde el nacimiento (González J,1989). Algunas de sus causas más importantes se recogen en la tabla XXXI.

Frecuentemente, el abandono de la LM se debe a motivos mal definidos o a falsas hipogalactias (Pérez M,1979) -tabla XXXII-.

Constituye un error dejar en manos de la madre el diagnóstico de la hipogalactia, ya que, habitualmente, se guiará más de impresiones subjetivas que de hechos comprobados (Boix J,1944). La estimación subjetiva de la madre se ha de tener en cuenta sin concederle ni más ni menos valor del que realmente

tiene. Una sensación de flacidez en la mama, no siempre está vinculada a escasa producción, de la misma forma que la galactorrea no implica producción suficiente (Martín-Calama J,1985c).

La valoración de la producción de leche exigiría su cuantificación durante veinticuatro horas, mediante doble pesada del niño en todas las tomas de un día (Martín-Calama J,1985c), seguida de extracción del residuo postsucción. En la práctica diaria no es fácil conseguir esta determinación y habremos de ayudarnos de métodos más inexactos, como la ganancia ponderal diaria o semanal, que debe ser superior a 150 gr/semana. Los casos de ganancias ponderales límites se han de valorar de forma individual, evitando decisiones drásticas (Martín-Calama J,1985c).

I.5.3. CRISIS DE LACTANCIA.

El estudio de los factores implicados en la incidencia y duración de la LM ha llevado a definir una situación que, en ocasiones, es el motivo de suspensión. A estas situaciones se las denomina "crisis transitorias de lactancia" y representan un periodo limitado de dificultad para mantener la LM, que en ocasiones se repite dos o tres veces durante la lactancia¹. Las "madres de riesgo", con alta probabilidad de suspender la lactancia de forma precoz (Houston MJ,1981) (Sjölin S,1977) (Sjölin S,1979), se caracterizan por (Loughlin HH,1985) (Martín-Calama J,1986):

- a. falta de confianza en la LM;
- b. duración prevista inicial de LM inferior a 6 meses;
- c. niño llorón exigente;
- d. dificultad en el inicio de la alimentación;
- e. sospecha de futuras dificultades por parte de la madre;
- f. suplementación con biberón antes de la segunda semana;
- g. sensación de flacidez de las mamas;
- h. dificultad para el descanso entre las tomas.

¹ Aproximadamente a las 3 y 6 semanas y a los 3 meses de edad, muchos lactantes experimentan 'brotes de crecimiento' (Neifert MR,1986). y durante un par de días maman con gran frecuencia hasta que la producción de leche aumenta para cubrir sus nuevas necesidades. Si la madre, creyendo tener poca leche, administra erróneamente un biberón, el niño no tarda en acostumbrarse y se desteta rápidamente (González J,1989).

Influye también la sensación materna de escasa producción de leche acompañada, en muchas ocasiones, de estacionamiento ponderal del niño (Martín-Calama J,1986).

Tabla XXXI: CAUSAS ORGANICAS DE LM INSUFICIENTE

- Inadecuados reflejo de la salida de la leche y una inadecuada respuesta de la prolactina a la lactancia (Weichert CE,1979).
 - Falta de efectividad de la succión del niño (Muñoz F,1986).
 - Lactogénesis en postparto inhibida por la retención de fragmentos placentarios (Neifert MR,1981).
 - Desarrollo insuficiente de la glándula mamaria (Neifert MR,1985a).
 - Estado de subnutrición materna que disminuye la producción de leche por acción directa (Forsyth BWC,1985).
-

Tabla XXXII: ELEMENTOS A CONSIDERAR EN EL ORIGEN DE UNA HIPOGALACTIA NO ORGANICA

- La madre opina que las fórmulas adaptadas son más beneficiosas para el niños (Forsyth BWC,1985).
 - Actividades promocionales de la industria alimentaria infantil y los contactos con personal sanitario inadecuadamente entrenado han animado a las mujeres (Greiner T,1981), a las personas allegadas y al personal sanitario, a creer en la insuficiencia de leche materna (Koçtürk T,1988a).
 - Estrés habitual que agotara el reflejo de liberación de prolactina (Forsyth BWC,1985). Inhibición del reflejo de la oxitocina debido al estrés psicosocial en zonas periurbanas recientemente pobladas del mundo en desarrollo (Koçtürk T,1988a).
 - Influencia de los protocolos de administración de biberones sobre las madres, que pierden la esencia de la técnica adecuada de amamantamiento: el contacto continuo y la alimentación a la demanda, no esperando que el niño lllore para alimentarle, sino permitiéndole que se alimente cuando lo desee (Gussler JD,1980).
 - Falta de motivación de la madre ante un hijo no deseado (Forsyth BWC,1985).
 - Situaciones familiares conflictivas (Forsyth BWC,1985).
 - Inexperiencia de las madres, torpezas técnicas en el momento de las primeras puestas al pecho (Muñoz F,1986) (Santos I,1990).
 - Alimentación complementaria prematura, o demasiado abundante los primeros días, con vaciamiento insuficiente de la mama y descenso de la producción de leche (Esterik PV,1981) (Muñoz F,1986).
 - Regresión temporal de la secreción láctea como consecuencia de sobrecarga materna (crisis transitorias) y la administración consiguiente de biberones intercalados (Muñoz F,1986).
 - Ansiedad materna sobre la adecuación y calidad de su leche (Koçtürk T,1986b).
 - Interpretación de cualquier reacción adversa del niño como indicadora de insuficiencia de leche (Koçtürk T,1986b).
 - Excusas de todo tipo, muy triviales, pueden conducir a quejas de insuficiencia de leche (Sjölin S,1979).
-

I.6. PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

La promoción de la LM es un factor señalado como importante en la actualidad y para un futuro inmediato en el condicionamiento del inicio y la duración de la lactancia (Arango JO,1984).

Destacamos los siguientes niveles de actuación para promoción de la LM:

A nivel de población general:

Es preciso suministrar información y asesoramiento para, mediante la educación sanitaria, crear una conciencia pública (Verronen P,1980).

Resulta de utilidad efectuar las siguientes consideraciones:

- Detectar las necesidades educativas con estudios previos (Ferrer B,1987) (Hanson LA,1983) (Martín-Calama J,1986) (Ribó MA,1983).
- Adaptar las actividades promocionales a:
 - = El nivel socioeconómico y cultural (Barros FC,1986) (ESPGAN,1982) (González B,1988c) (Hally MR,1984) (Koçtürk T,1989b) (Ribó MA,1983) (Tognetti J,1988).
 - = Las necesidades sentidas por las mujeres y las ventajas maternas de la LM (Koçtürk T,1988a) (Zurayk HC,1981).
- Emplear medios adecuados para satisfacer las necesidades reales de educación de los ciudadanos (Arango JO,1984) (Huffman SL,1984) (Pérez M,1979).
- La actuación educativa es posible desde:
 - = Escuelas y universidad (AAP,1978) (Ekwo EE,1983) (ESPGAN,1982) (Martín-Calama J,1985b) (Martín-Calama J,1985c) (Nogales A,1989b) (Pérez M,1979) (Radius SM,1988) (Hally MR,1984), prestando especial atención a las adolescentes (Berger A,1980).
 - = Medios de comunicación: televisión, radio y prensa (Ekwo EE,1983) (ESPGAN,1982) (Martín-Calama J,1985c) (Nogales A,1989b). Sin olvidar las publicaciones divulgativas con rigor

científico que ofrece el mercado editorial (Brant H,1980) (Kitzinger S,1988) (Kitzinger S,1989) (Kreisler L,1980) (La Leche League International,1981) (Messenger M,1982) (Pernoud L,1990) (Spock B,1985) (Stoppard M,1989).

= Movimientos y asociaciones ciudadanas (ESPGAN,1982) (Gil JM,1986) (Nogales A,1989b).

A nivel de mujeres embarazadas:

La alimentación al pecho es un proceso íntimo que puede despertar muchos sentimientos complicados con relación al cuerpo de la mujer y sus funciones. Una pequeña minoría la escoge, o es capaz de considerarla puramente por razones intelectuales (García A,1980).

El amamantamiento exitoso no es por instinto, se trata de una destreza aprendida (Jones EG,1984) (Lawrence RA,1987) (Naylor A,1987).

Se accede a las embarazadas mediante:

- Los cursos de preparación al parto o psicoprofilaxis obstétrica (Arango JO,1984) (Fernández JJ,1986) (Klaus MH,1982) (Lawrence RA,1987). La educación prenatal considera el embarazo no sólo como periodo de preparación para el parto sino también para la lactancia (Christophersen ER,1985) (García A,1980) (Jones EG,1984) (Lawrence RA,1987) (Lyon AJ,1984) (Naylor A,1987) (OMS,1981) (OMS,1989) (Pérez M,1979) (WHO,1988). En la preparación al parto debe insistirse en aspectos como:
 - = Permitir a la madre un conocimiento clínico fetal-obstétrico-neonatal (Fernández JJ,1986) (Klaus MH,1981).
 - = La valoración de las pautas de socialización, que son las primeras del ser humano (Bristor MW,1984) (Fernández JJ,1986) (Lawrence RA,1987) (Sameroff AJ,1981).
 - = Demostrar las ventajas de la LM, para niño, madre y familia (Plata E,1978).
 - = Aclarar a la madre la situación respecto a los numerosos conceptos equivocados y mitos

- existentes sobre la LM (Frischknecht W,1978) (Jones EG,1984) (Lawrence RA,1987) (Nogales A,1989b) (Plata E,1978).
- = Insistir en la importancia de que el niño sea aplicado al pecho precozmente y de que permanezca junto a la madre desde el nacimiento (Plata E,1978).
 - = Considerar con la madre, los aspectos relativos a la técnica de la LM (Bernareck F,1989) (De Carvalho M,1982) (De Carvalho M,1983) (González J,1989) (Helsing E,1985) (Lawrence RA,1987) (Martín-Calama J,1985b) (Martín-Calama J,1985c) (Neifert MR,1986) (Nogales A,1989a) (Nogales A,1990b) (Sánchez E,1984) (Valverde F,1982) (Winnicott DW,1970).
 - = Informar a la madre sobre el comportamiento del lactante, el llanto del niño y su significado (Bernal J,1972).
 - = Duración de la lactancia al pecho, según las recomendaciones actuales (Martín-Calama J,1985c).
 - = Comentar con las madres los motivos que suelen desanimarlas para el inicio o mantenimiento de la lactancia (Martín-Calama J,1985c).
 - = La LM no es sólo cuestión de la madre; las opiniones del padre son de enorme importancia en este tema. Por tanto también hay que informar al padre sobre los hechos relacionados con la LN (Ståhlberg M-R,1985).
- Apoyo, en los centros sanitarios y en el domicilio familiar, por parte de los profesionales de la salud: obstetra, matrona, pediatra, médico general, enfermeros, organizaciones especializadas (Cable TA,1984) (Hally MR,1984) (Huffman SL,1984) (Larson CP,1980) (Martin MJ,1988) (Naylor A,1987) (Neifert MR,1986) (Nogales A,1989b) (Olds DL,1986) (Salariya EM,1978) (Winikoff B,1980).

A nivel hospitalario:

En la maternidad del hospital se inicia, a menudo, el

aprendizaje práctico de la LM (De Carvalho M,1983) (Slaven S,1981).

Los elementos claves para la actuación a nivel hospitalario deben considerar:

- Adecuación de las rutinas hospitalarias para fomentar la LM (AAP,1978) (Arango JO,1984) (Pérez M,1979) (Houston MJ,1981) (Neifert MR,1980) (Winikoff B,1980):
 - = Permitir que la madre esté acompañada por una persona de su confianza durante el parto (Klaus MH,1981) (Klaus MH,1982b) (Sosa R,1980).
 - = Realizar el parto con la madre lo más despierta posible (Fanaroff AA,1977), cuidando las condiciones ambientales (Helfer RE,1982), evitando la aplicación de anestésicos o sedantes a la madre (AAP,1978) y la realización de maniobras instrumentales o quirúrgicas (Saigal S,1981) (Peterson GH,1978) (De la Fuente P,1984). Evitar administrar a la madre, durante el momento del parto o después, de medicamentos -estilbestrol- que interfieran con una adecuada lactancia (García A,1980) (Nogales A,1989b).
 - = Durante el periodo sensitivo precoz se ha de facilitar el que la madre y el niño permanezcan juntos (Kennell JH,1975) de forma que el contacto entre ambos sea lo más prolongado y estrecho posible (Martín MJ,1988), por los efectos beneficiosos que conlleva (Brazelton TB,1975) (Brazelton TB,1981) (Condon WS,1974) (De Casper AJ,1980) (Hales DJ,1977) (Klaus MH,1970a) (Klaus MH,1972) (Klaus MH,1978) (Klaus MH,1981) (MacFarlane A,1975) (Meltzoff AN,1977) (Porter RH,1984) (Robson KS,1970) (Saigal S,1981) (Sameroff AJ,1981) (Taylor PM,1985) (Taylor PM,1986) (Vaughan VC,1983).
 - = Situar al RN al lado de su madre inmediatamente después del parto (Kraybill EN,1983) (Nogales A,1989b) (Martín-Calama J,1985c) y ofrecer el pecho (Hally MR,1984) (Salariya EM,1978) (Verronen P,1980).
 - = Evitar la administración de suero glucosado o

- biberones añadidos de leche adaptada por rutina (AAP,1978) (Bloom K,1982a) (De Carvalho M,1983) (Gray-Donald K,1985) (Hally MR,1984) (Martín-Calama J,1985c) (Slaven S,1981) (Verronen P,1980).
- = Retrasar la introducción del primer biberón (Martín-Calama J,1985b).
 - = Fomentar el contacto continuo y el sistema de alimentación de libre demanda (AAP,1978) (Carvalho M,1983) (Hally MR,1984) (Martín-Calama J,1985b) (Nogales A,1989b) (Slaven S,1981) (Verronen P,1980).
 - = Evitar una frecuencia de alimentación inferior a 7 tetadas diarias (Martín-Calama J,1985b), incluida la alimentación nocturna (Verronen P,1980).
 - = Permitir que, durante la estancia en la maternidad, la madre y el hijo permanezcan juntos por el sistema de internación conjunta -'rooming-in'- (AAP,1978) (Basler DS,1983) (De Carvalho M,1983) (Liptak GS,1983) (Slaven S,1981).
 - = No debe separarse a los niños de sus madres por motivos poco importantes ni de forma prolongada (Elander G,1984) (Elander G,1986). Debe permitirse el libre acceso de la madre que lacta al hospital cuando su hijo está ingresado (Nogales A,1989b).
 - = Crear bancos de leche (Nogales A,1989b).
 - = Durante la estancia en el hospital y al alta, se impartirá a los padres unas charlas de instrucción sobre característica y cuidados generales del RN, haciendo énfasis en la alimentación y en las necesidades afectivas (Klaus MH,1982b) (Helfer RE,1982) (Adam HM,1985) (Bristor MW,1985).
 - = Prolongar, si es posible, la estancia en el centro hospitalario -el puerperio aceptado ha pasado de 10 días de hospitalización como mínimo a 48 o 72 horas como máximo- (García A,1980)

(Kraybill EN,1983) (Lawrence RA,1987).

- Intervención activa de los profesionales sanitarios:
 - = Informando a los padres y desarrollando su rol de consejero (García A,1980) (Helsing E,1985) (Kraybill EN,1983) (Martín-Calama J,1985b) (Reiff MI,1985).
 - = Dando apoyo a la madre (González J,1989) (Jones DA,1985).
 - = Permitiendo una adecuada relación padres-hijo (ESPGAN,1982) (Kraybill EN,1983).

A nivel extrahospitalario:

Trabajando desde los equipos de atención primaria -EAP-, los sanitarios deben hacer operativo el programa de seguimiento al niño sano (Ministerio de Sanidad y Consumo,1989) con: actuaciones sanitarias, información, asesoramiento y apoyo a las familias. Su labor se efectúa tanto en el Centro de salud como a través de contacto telefónico y visitas al domicilio familiar, garantizando un soporte precoz tras el alta hospitalaria y mantenido, semanalmente, los 3 primeros meses del lactante (Barros FC,1986a) (Bernard-Bonnin AC,1989) (ESPGAN,1982) (Ferris AM,1987) (García A,1980) (Gutierrez M,1988) (Hally MR,1984) (Ibarra A,1989) (Jones DA,1985) (Jones DA,1986b) (Loughlin HH,1985) (Muñoz F,1986) (Naylor A,1987) (Ross SM,1987) (Samuels SE,1985).

Debe existir una cooperación real con la matrona y el obstetra, guiada por el desarrollo del programa de atención a la mujer (ESPGAN,1982) (García A,1980) (Kleinberg WM,1977) (Nogales A,1989b) (Ribó MA,1983).

A nivel del medio laboral:

Las medidas a considerar para promocionar la LM, pueden concretarse en:

- Legislación que disponga que las madres que trabajan tengan vacaciones pagadas durante un periodo razonable de tiempo antes y después del parto (Bamisaiya A,1983) (BOE,1989) (ESPGAN,1982).
- Condiciones laborales que permitan que la madre pueda

dar el pecho a su hijo (ESPGAN,1982):

- = Puede ser necesario una modificación de la jornada laboral para que pueda alimentarle al pecho (ESPGAN,1982) (Koçtürk T,1988a).
- = Pueden ser precisas instalaciones especiales para que la madre pueda dar el pecho a su hijo en la intimidad, apaciblemente y cómodamente (ESPGAN,1982), cuidando a los lactantes -en guarderías o 'salas-cuna'- junto a los centros de trabajo (Arango JO,1984) (Bamisaiye A,1983) (Huffman SL,1984) (Koçtürk T,1988a) (Messenger M,1982) (Nogales A,1989b) (Ramos I,1985).
- = Posibilidad de extraer la leche, mecánica o manualmente (Frederick IB,1985) (Johnson CA,1983) (Katcher AL,1985).

A nivel de autoridades políticas y sanitarias:

La intervención que se preconiza es a nivel de::

- Llevar a la práctica la legislación que proteja a la mujer que lacta y está incorporada a la vida laboral y vigilar su cumplimiento por los empresarios.
- Promocionar la LM desde la Atención Primaria de Salud: La responsabilidad primaria de la promoción de unas prácticas razonables en la alimentación de los lactantes recae sobre las autoridades sanitarias oficiales de un país (ESPGAN,1982) (Huffman SL,1984) (Wharton B,1987).
- Garantizar el cumplimiento de lo establecido en el "Código internacional de comercialización de sucedáneos de la leche materna" (ESPGAN,1982) (Greiner T,1981) (Huffman SL,1984) (Nogales A,1989b), elaborado por la OMS (WHO,1981b). El Código proscribire la distribución, a través del sistema público de salud, de sustitutos de la leche materna a madres que dan el pecho y, recomienda que las autoridades sanitarias distribuyan material educativo, indicando los mayores beneficios para la salud de la LM. Incumbe a los Gobiernos la responsabilidad de garantizar que se facilite a las familias y a las personas relacionadas

con el sector de la nutrición de los lactantes y niños de corta edad una información objetiva, coherente y completa.

A nivel de educadores, sanitarios o no:

Los cambios de actitud de las profesiones sanitarias son requisitos previos a la educación del público (ESPGAN,1982).

Para promocionar la LM, debe trabajarse en el aspecto curricular de los educadores sanitarios y en su formación continuada (AAP,1978) (Arango JO,1984) (Casado E,1982b) (ESPGAN,1982) (Herrera M,1986) (Nogales A,1989b) (Pérez M,1979).

La educación para la salud debe formar parte de los planes de formación del profesorado de EGB, como asignatura curricular (Gil JM,1986).

Debe fomentarse la difusión de publicaciones elaboradas con gran rigor y sencillez, dirigidas al pediatra de atención primaria, orientadoras de cómo proceder ante la lactancia y la alimentación complementaria del lactante (Alonso M,1980) (González MI,1989) (Hernández M,1987).

II. OBJETIVOS

CONSIDERACIONES PREVIAS.

- 1a. La lactancia materna es el mejor método para alimentar a un recién nacido a término (AAP,1978) (AAP,1982a) y la más idónea para el lactante menor de 6 meses de edad (AAP,1976) (AAP,1983c) (ESPGAN,1977) (Jelliffe DB,1977).
- 2a. Las sociedades avanzadas se preocupan de manera creciente por la adecuación de la nutrición para el desarrollo óptimo y la salud de los niños (Boulton TJC,1981) (Hagman U,1986) (WHO,1981b), demostrando un gran y constante interés en la promoción y mantenimiento de la LM (AAP,1982a) (APHA,1984) (Arango JO,1984) (Coles EC,1978) (ESPGAN,1982) (Florack E,1984) (Helsing E,1985) (Hofvander Y,1979) (Jones EG,1984) (Koçtürk T,1988a) (Martín-Calama J,1985b) (Martínez GA,1981a) (Martínez GA,1985) (Meberg A,1982) (Naylor A,1987) (Nogales A,1989b) (Sjölin S,1977) (WHO,1981a) (WHO,1981b).
- 3a. Más del 80% de los lactantes nace después de una gestación a término, con un peso normal y sin presentar defectos congénitos o enfermedades manifiestas (Kraybill EN,1983). Al ser sanos se les puede dar lactancia materna.
- 4a. Aproximadamente, el 90 % de las madres pueden dar el pecho a sus hijos, si ellas así lo desean y se maneja adecuadamente la lactancia (Illingworth RS,1983) (Neifert MR,1985a) (Vahlquist B,1981).
- 5a. La proporción de lactantes que reciben alimentación al pecho preocupa de una forma especial a los pediatras (AAP,1978) (Barness LA,1984) (Cable TA,1984) (Casado E,1983) (Hanson LA,1983) (Jelliffe DB,1978) (Martín-Calama J,1985a) (Verronen P,1980).
- 6a. El amamantamiento tiene influencias multifactoriales, tanto en el inicio como en la duración (Ekwo EE,1983) (Martín-Calama J,1986) (Sánchez E,1989) (Sánchez-Valverde F,1988).

-
- 7a. Se aprecia una gran variabilidad a nivel nacional, regional y local en la influencia de los factores sociales y psicológicos sobre el inicio y la duración de la lactancia materna, lo que hace que existan grandes disparidades en las prácticas de amamantamiento entre regiones del mundo, entre países y, a menudo, entre grupos de población dentro del país (Florack E,1984) (Hally MR,1984) (Hofvander Y,1979) (Kramer MS,1988) (Martín-Calama J,1986) (Owles EN,1982) (Pursall EW,1978) (Ståhlberg M-R,1985) (Whichelow MJ,1979) (WHO,1982).
- 8a. Resulta especialmente interesante y atrayente tratar de averiguar cuál es la dinámica de la LM dentro de una unidad geográfica más o menos homogénea, y cuales son los factores que ejercen influencia sobre ella (Sánchez-Valverde F,1990).
- 9a. Nuestra actividad clínica se desarrolla en el área sanitaria de Fuenlabrada-Leganés de Madrid, con un nivel socioeconómico medio-bajo, una tasa alta de natalidad y un elevado porcentaje de población fértil e infantil (BANESTO,1988) (CAM,1987) (CAM,1988) (CAM,1989b) (CAM,1989c) (CAM,1989d).
- 10a. En una población, como la nuestra, desfavorecida desde el punto de vista socio-demográfico (Gil JM,1986), se debe establecer una ordenación de los servicios sanitarios que permita superar las dificultades de acceso a un nivel de salud de la población infantil. El marco que aceptamos como válido para el estudio es el Area Sanitaria como unidad funcional de gestión del Sistema Público de Salud, con su correspondiente hospital de referencia (BOCM,1988).
- 11a. A partir de los trabajos publicados (Arana C,1987) (Cobaleda A,1989) (Contreras A,1987) (Díaz E,1986) (Gallego LF,1986) y de nuestra experiencia clínica (González FJ,1989a) (González FJ,1989b) se constata en nuestro medio, Fuenlabrada y Leganés, que la alimentación del lactante en los primeros meses de vida no se ajusta a las recomendaciones vigentes (ESPGAN,1982).
-

HIPOTESIS OPERATIVA.

En la decisión de las madres de los municipios de Fuenlabrada-Leganés de iniciar una lactancia natural y en el mantenimiento de la misma influyen, significativamente, factores sociales -incluyendo las facetas cultural, sanitaria y económica- y psicológicos.

OBJETIVO GENERAL.

Valorar la actitud materna y los factores asociados al inicio y al mantenimiento de la lactancia natural en los municipios de Fuenlabrada y Leganés, de Madrid.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

En consonancia con los argumentos anteriores, se realizó el presente estudio con los siguientes objetivos:

1. Describir las características del tipo de lactancia inicial y la duración de la lactancia natural adoptada por las madres de Fuenlabrada y Leganés.
2. Identificar los factores sociales y psicológicos de riesgo para el inicio de la lactancia artificial tras el nacimiento.
3. Identificar los factores sociales y psicológicos de riesgo para una duración corta de la lactancia natural.
4. Determinar, según los factores identificados, medidas de intervención para promocionar la lactancia materna en las poblaciones del estudio.

III. MATERIAL Y METODO

III.1. MATERIAL.

III.1.1. DATOS DEMOGRAFICOS DEL AREA SANITARIA 'FUENLABRADA-LEGANES'.

El actual 'mapa de Salud y Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid' comprende once Areas Sanitarias que abarcan todo el territorio provincial (Comunidad de Madrid, 1987) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990).

El Area Sanitaria 9 o Area Suroeste II, consta de dos Distritos Sanitarios: el de Leganés y el de Fuenlabrada.

En la tabla I recogemos algunos datos de la Comunidad de Madrid -CAM- centrados en las poblaciones de Fuenlabrada y Leganés.

Tabla I: DATOS DE LEGANES Y FUENLABRADA EN EL CONTEXTO DE LA C.A.M.

	Leganés	Fuenlabrada
Superficie Km ²	43.1	38.7
Densidad Hab/Km ²	3892.9	3096.8
Poblaciones de la CAM de 100.001 a 200.000 habitantes:		
Alcalá de Henares		Alcorcón
Fuenlabrada		Getafe
Leganés		Móstoles
Municipios de la Zona Sur de la Corona Metropolitana de CAM:		
Alcorcón		Getafe
Fuenlabrada		Leganés
Móstoles		Parla
Pinto		

El Area-9 no presenta unas características sociodemográficas muy dispares con respecto a las demás áreas de salud y servicios sociales de la CAM. Dichas características pueden concretarse en los puntos siguientes (BANESTO, 1988) (CAM, 1987):

1. Por volumen de población es el área más pequeña y

representa un 6 % del total de población de la CAM. Junto con la de Móstoles-Alcorcón es el área que más ha crecido en población en términos relativos en todos los quinquenios desde 1970, siendo espectacular el crecimiento relativo de Fuenlabrada, que se cifra en un 1510 % entre 1970 y 1986. Consecuentemente, la densidad de población ha crecido hasta convertir a los distritos de Fuenlabrada y Leganés en ciudades dormitorio típicas.

2. Al comparar la pirámide de edad del área 9 con las de la CAM, España y la Comunidad Económica Europea, destaca el alto porcentaje de población joven en el área 9. Comparada con el promedio de la CAM, este área muestra la pirámide más joven de todas las áreas que es aún más alta en el caso de Fuenlabrada que en el de Leganés.
3. Las tasas de actividad general globales son las más altas de toda la CAM. El desempleo afecta más al área 9 que a la CAM en su conjunto. El mayor porcentaje de población ocupada está en el sector industrial.
4. Pese a que la tasa de fecundidad -número medio de hijos por mujer- en el área 9 es inferior a la media de la CAM, es de esperar que el desarrollo demográfico aumente a corto plazo -potencial de fecundidad- dado que el grupo etario de 0 a 9 es el más numeroso dentro de la pirámide de población.
5. El nivel de educación de la población de este área es uno de los más bajos de toda la CAM.
6. Según el Anuario del Mercado Español de 1988, mientras la renta media por habitante de la CAM en 1986 se situaba en el nivel 7, ésto es de 825.001 a 990.000 pts, este nivel era de 5, es decir de 525.001 a 660.000 pts, en los municipios de Fuenlabrada y Leganés.

Según datos de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM, 1989), en 1988 los nacimientos por lugar de residencia producidos en Leganés son 1702 y en Fuenlabrada 2598.

En 1989 (CAM, 1990) se producen en Leganés 1577 nacimientos por lugar de residencia, y en Fuenlabrada 2414.

Tabla II: DATOS DE MADRID RELATIVOS A POBLACION Y MUJERES EN EDAD FERTIL DEL AREA 9, SEGUN EL PADRON DE 1986 (CAM, 1989b)

	Area-9	Leganés	Fuenlabrada
Población de Derecho			
Total	287631	167783	119848
Hombres	144920	84376	60544
Mujeres	142711	83407	59304
Población de Hecho			
Total	286482	167064	119418
Hombres	144056	83793	60263
Mujeres	142426	83271	59155
Mujeres			
15-19 años	10605	7762	2843
20-24 "	9700	5317	4383
25-29 "	15089	5013	10076
30-34 "	14776	6667	8109
35-39 "	12629	8704	3925
40-44 "	9248	6996	2252
45-49 "	5938	4587	1351

Tabla III: DATOS DE LA POBLACION DE 16 Y MAS AÑOS DEL AREA 9 CLASIFICADA POR SU ACTIVIDAD ECONOMICA, SEGUN EL PADRON DE 1986 (CAM, 1989c)

	Area-9	Leganés	Fuenlabrada
Total grupo población	185244	112200	73044
Hombres	91870	55451	36419
Mujeres	93374	56749	36625
Total Activos	100148	58198	41950
Hombres	77144	44511	32633
Mujeres	23004	13687	9317
Proporción de Actividad	54.06	51.87	57.43
Hombres	83.97	80.27	89.60
Mujeres	24.64	24.12	25.44
Total Parados	21415	12984	8431
Hombres	12942	7772	5170
Mujeres	8473	5212	3261
Proporción de Paro	21.38	22.31	20.10
Hombres	16.78	17.46	15.84
Mujeres	36.83	38.08	35.00

Tabla IV: DATOS DE LA POBLACION DEL AREA 9 CLASIFICADA POR PROFESION, SEGUN EL PADRON DE 1986 (CAM,1989d)

	Area-9	Leganés	Fuenlabrada
Total grupo población	78824	45265	33559
Hombres	64259	36775	27484
Mujeres	14565	8490	6075
Profesionales y técnicos	4674	2904	1770
Hombres	2875	1745	1130
Mujeres	1799	1159	640
Directivos y gerentes	1396	783	613
Hombres	1310	721	580
Mujeres	95	62	33
Personal servicios admin.	9954	6002	3952
Hombres	6835	4165	2670
Mujeres	3119	1837	1282
Comerciantes y vendedores	9011	5250	3761
Hombres	6755	3942	2813
Mujeres	2256	1308	948
Hostel.,servic. y seguridad	12361	6574	5787
Hombres	7878	3916	3962
Mujeres	4483	2658	1825
Agricultura y ganadería	806	314	492
Hombres	742	299	443
Mujeres	64	15	49
Industr.,construc.,transp.	39883	22877	17006
Hombres	37144	21432	15712
Mujeres	2739	1445	1294
Ocupac. no bien especif.	20	8	12
Hombres	10	2	8
Mujeres	10	6	4
Profes. fuerzas armadas	719	553	166
Hombres	719	553	166
Mujeres	0	0	0

Leganés y Fuenlabrada son ciudades dormitorio del cinturón industrial de Madrid. Como tales, cumplen los siguientes criterios de prioridad para la puesta en marcha de un programa de educación para la salud (Gil JM,1986):

1. Existencia de un gran volumen y concentración de necesidades de educación sanitaria en salud infantil.
2. Elevado porcentaje de población fértil e infantil.
3. Presencia de los niveles más elevados de incidencia y prevalencia de enfermedades en la edad infantil.
4. Supone una mayor rentabilidad, a igualdad de

esfuerzos, de los resultados a obtener con relación a otro tipo de localidades.

Tabla V: DATOS DE POBLACION DEL AREA 9 CLASIFICADA POR SEXO Y LUGAR DE NACIMIENTO, SEGUN EL PADRON DE 1986 (CAM,1989d)

		Area-9	Leganés	Fuenlabrada
Andalucía	Hombres	10577	5979	4598
	Mujeres	10760	6308	4452
Aragón	Hombres	360	215	145
	Mujeres	382	219	163
Asturias	Hombres	595	311	284
	Mujeres	653	367	286
Balears	Hombres	90	41	49
	Mujeres	75	37	38
Canarias	Hombres	130	61	69
	Mujeres	163	80	83
Cantabria	Hombres	246	144	102
	Mujeres	275	159	116
Castilla-León	Hombres	11123	6873	4250
	Mujeres	12070	7490	4580
Castilla-La Mancha	Hombres	20105	12772	7333
	Mujeres	20151	12967	7184
Cataluña	Hombres	685	360	325
	Mujeres	710	341	369
Extremadura	Hombres	14245	8560	5685
	Mujeres	14991	9199	5792
Galicia	Hombres	1080	576	504
	Mujeres	1353	752	601
Madrid	Hombres	81890	46425	35465
	Mujeres	77292	43440	33852
Murcia	Hombres	402	211	191
	Mujeres	373	213	160
Navarra	Hombres	93	59	34
	Mujeres	99	58	41
C. Valenciana	Hombres	550	306	244
	Mujeres	496	256	240
País Vasco	Hombres	505	249	256
	Mujeres	503	257	246
Rioja	Hombres	106	59	47
	Mujeres	99	63	36
Ceuta,Melilla,Otros territ. Españoles	Hombres	318	172	146
	Mujeres	286	163	123
Extranjero	Hombres	1808	1000	808
	Mujeres	1966	1035	931

En las tablas VI a VIII se muestran los datos facilitados por el Servicio de Admisión y documentación clínica del Hospital Severo Ochoa, hospital del área¹, sobre los partos habidos en el Centro en 1988 (Hospital Severo Ochoa, 1989).

En el Hospital de Leganés se efectúa monitorización del parto. La matrona está con la parturienta y el marido como acompañante en la habitación. Existe posibilidad de manejar telemetrías y hacer monitorización del parto paseando por un pasillo. En el momento del parto todos los expulsivos están monitorizados, y ahí está la diferencia con un parto tradicional. El marido está presente y los pujos que hace la mujer para expulsar el feto se hacen más cortos. Esto beneficia al feto. Se realiza por tanto, un expulsivo dirigido y conducido. No importa que el expulsivo dure más (Martínez J, 1988). El proceso del parto se aborda, así, de un modo más relajado (Parke RD, 1981).

Durante el periodo de recogida de datos para nuestro estudio se contabilizaron en el hospital de Leganés 1876 partos, esto es, el 65% de partos del año 88 (Hospital Severo Ochoa, 1989). El 50.6% de los RN eran varones. Un 96% de los RN pesaron 2200 gr ó más.

III.1.2. RUTINAS HOSPITALARIAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL DE LEGANES.

En el periodo en que se desarrolló nuestro estudio, el estado de opinión de los profesionales sanitarios del hospital de Leganés era favorable a la lactancia al pecho y se recomendaba activamente la LM por el Servicio de Pediatría.

Tras el parto, las madres tenían contacto con sus hijos unos minutos, y luego permanecían separadas de los niños hasta 3 horas. La primera toma tras el parto, en general, se ofrecía en las 4 primeras horas de vida, indicando que fuera de, al menos, 10 minutos por pecho. Luego, puesta al pecho cada 3-4 horas.

¹ El Hospital del AREA-9, que como se indica en el artículo tercero del texto del Decreto de la Consejería de Salud, por el que se aprueba definitivamente la Zonificación de Salud de la Comunidad de Madrid, "será el hospital general que actuará como institución sanitaria de referencia para cada Area de Salud", es el H. Severo Ochoa, sito en Leganés (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990). El hospital de Leganés ha sido el primer hospital de área inaugurado en España (Martínez Y, 1988).

Tabla VI: DATOS DEL PESO DE LOS RECIEN NACIDOS A TERMINO HABIDOS EN EL HOSPITAL DE LEGANES EN 1988

MES	RN VIVOS	E.G. \geq 37s.	Media Peso RN	RN > 2500 gr
ENERO	283	264	3197	249
FEBRE	250	241	3189	228
MARZO	249	236	3194	227
ABRIL	266	254	3230	247
MAYO	274	266	3210	249
JUNIO	265	257	3217	241
JULIO	293	279	3166	262
AGOST	239	226	3228	225
SEPTI	270	255	3225	248
OCTUB	259	246	3246	239
NOVIE	264	250	3207	234
DICIE	269	257	3168	248
Total	3181	3031	----	2897

RN: recién nacido

E.G.: edad gestacional, en semanas

Tabla VII: DATOS DE LOS PARTOS HABIDOS EN EL HOSPITAL DE LEGANES EN 1988 DE MUJERES PROCEDENTES DE LEGANES O FUENLABARADA

MES	NºPARTOS	MEDIA PARTOS/DIA	LEGANES	FUENLABARADA
ENERO	283	9.1	93	165
FEBRE	252	8.6	95	132
MARZO	251	8.1	74	147
ABRIL	267	8.9	94	152
MAYO	272	8.7	111	140
JUNIO	267	8.6	101	150
JULIO	296	9.5	117	151
AGOST	238	7.6	98	124
SEPTI	270	9.0	107	114
OCTUB	258	8.3	85	143
NOVIE	266	8.8	101	143
DICIE	269	8.6	116	128
Total	--	--	1192	1689

Tabla VIII: PARTOS HABIDOS EN EL HOSPITAL DE LEGANES EN 1988
SEGUN EDAD MATERNA Y TIPO DE PARTO

MES	NºPARTOS	EDAD MADRE (MEDIA)	PRESENT. CEFALIC.	DISTRIBUCION TIPOS DE PARTO		
				EUTOC.	INSTR.	CESAR.
ENERO	283	26.7	279	224	58	30
FEBRE	252	27.5	247	200	46	23
MARZO	251	27.7	236	181	69	39
ABRIL	267	28.0	254	200	62	42
MAYO	272	27.3	265	214	54	35
JUNIO	267	27.1	262	219	44	22
JULIO	296	27.8	284	220	76	53
AGOST	238	27.7	228	185	53	33
SEPTI	270	27.6	259	210	59	33
OCTUB	258	27.4	244	204	55	33
NOVIE	266	27.9	257	202	61	39
DICIE	269	27.4	259	213	56	36
Total	3189		3074	2472	697	418

Partos instrumentales = forceps + espátula + cesarea (Hospital Severo Ochoa, 1989).

No se facilitaba agua glucosada. Se complementaba con biberón de leche adaptada en los casos de peso bajo de recién nacido, retraso en la lactogénesis, descanso nocturno de la madre o petición materna expresa. No se aconsejaba el uso de chupete.

El alta de los partos vaginales normales se producía entre las 48 y 72 horas, habitualmente, y a los 7 días del nacimiento en las cesáreas no complicadas.

El test de metabolopatías congénitas se efectuaba en el hospital. Para la toma de muestra en sangre de talón para el test de fenilcetonuria se hacía que acudiese el neonato al hospital al 10º día de vida.

III.1.3. INSTALACIONES, INSTRUMENTOS Y TECNICAS DISPONIBLES PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO.

A. Locales, dotación instrumental y elementos de apoyo:

- Despacho, junto a sala de maternidad del hospital de Leganés, donde se cumplimentó el primer cuestionario.

- Sala de consulta en policlínica de pediatría del hospital.
- Sala de consulta de pediatría en el Centro de Salud "El Arroyo" de Fuenlabrada.
Dotación de las consultas: tallímetro, báscula para pesar lactantes, mesa, sillas, camilla de exploración, iluminación y acondicionamiento sonoro y térmico.
- Computadora personal e impresora. Se usaron para trabajar con: base de datos, tratamiento de textos, programa estadístico y programa de gráficos.

B. Medición de peso, talla y perímetro craneal:

El peso: se utilizó una báscula marca "Seca", con una apreciación de diez gramos. Todas las revisiones se hicieron con la misma báscula, excepto la pesada del nacimiento, para la que se empleó el pesabebés de la maternidad. Se colocó al niño desnudo en la bandeja de la balanza, sobre una sabanilla, calibrándose aquella para dicha tara.

La talla: se midió la longitud del niño en decúbito supino, con cinta métrica inextensible, con apreciaciones de fracciones del centímetro y colaborando dos personas.

Perímetro craneal: se usó una cinta métrica inextensible que permite apreciar fracciones de centímetro. Se colocó al niño con la cabeza erguida, y el explorador ajustó la cinta con una mano sobre la eminencia frontal, mientras con la otra mano deslizaba la cinta sobre la protuberancia occipital hasta conseguir la circunferencia máxima, momento en el cual se ajustaba sobre el cráneo.

C. Valoración del crecimiento de los lactantes:

Se emplearon las curvas de crecimiento de 0-2 años del Instituto de Investigación sobre Crecimiento y Desarrollo de la Fundación Orbegozo de Bilbao (Hernández M, 1988)².

² Entendimos, como el profesor Hernández y colaboradores afirman, que la muestra que utilizaron para elaborar las curvas pertenecía, en su mayoría, a una clase socio-económica media-baja, y por la amplitud y características de dicha muestra y la metodología utilizada en la elaboración de las curvas, pueden utilizarse en el resto de España y sustituir con ventaja a las procedentes de otros países.

III.2. METODOLOGIA.

III.2.1. TIPO DE ESTUDIO.

Efectuamos un estudio longitudinal prospectivo donde no se introdujeron factores experimentales. La población a estudio fueron las madres domiciliadas en Fuenlabrada o Leganés que tuvieron recién nacidos a término en el Hospital de Area, en Leganés, valorados como sanos al nacer, elegidos de forma aleatoria hasta completar la muestra necesaria para el estudio. Todo ello en periodo de tiempo próximo a un año.

III.2.2. DISEÑO DEL ESTUDIO. FUENTES DE DATOS.

Las fuentes de información para la obtención de datos han sido:

- 1.- Para la identificación de los casos:
 - Libro de registro de partos de la maternidad del hospital.
- 2.- Para la revisión de los casos:
 - Historia obstétrica y neonatal (registros hospitalarios).
 - Encuestas a las madres de los niños que se incluyen en el estudio y exploración física básica del lactante.

La obtención de datos se produjo mediante la aplicación de cuestionarios por entrevistas personales a las madres en los siguientes momentos:

- a. A las 48-72 horas después del nacimiento del hijo.
- b. A los 10 días de vida.
- c. Al tercer mes de edad.
- d. A los seis meses de edad.

Se recogieron, también, otras variables de la historia clínica relativas a antecedentes obstétricos y salud general de la madre, así como de la evolución del parto en cuestión.

Se efectuó exploración física general del lactante cuando acudió con la madre a las citas. Estos datos quedaron registrados en las encuestas.

Para la preparación de los cuestionarios se cubrieron las siguientes fases:

1. Revisión de la bibliografía y decisión de la información necesaria.
2. Elección del tipo de cuestionario: Un encuestador lo administra y, si falla, se efectúa encuesta telefónica ó a domicilio.
3. Elección del tipo de preguntas para cada variable.
4. Definición de códigos, escalas y puntuaciones.
5. Elección del orden de las preguntas.
6. Diseño del formato.
7. Preparación de un manual de instrucciones.
8. Entrenamiento de los encuestadores.
9. Realización de una prueba piloto.
10. Revisión del cuestionario y el manual de instrucciones.

Concedimos una especial importancia a la perspectiva sociológica y estadística del estudio por lo que, desde su diseño, la encuesta y los informes fueron preparados bajo supervisión experta sociológica del Prof. D. Modesto Escobar Mercado. Elaboramos cuatro cuestionarios para obtención de información acerca de los factores sociales, económicos, culturales, sanitarios y psico-afectivos que pudieran relacionarse con usos y costumbres en la alimentación infantil los primeros meses de la vida.

III.2.3. UNIDADES DE ESTUDIO. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.

Población diana:

La población diana estaba constituida por las mujeres de Fuenlabrada y Leganés que tras un embarazo a término dieron a luz un hijo sano de 2200 ó más gramos de peso en el Hospital "Severo Ochoa" de Leganés entre junio de 1988 y enero de 1989.

Criterios de inclusión y exclusión:

Para la identificación de la población de estudio se tuvo en consideración:

- a) Su homogeneidad en cuanto a las características más

relevantes del fenómeno de estudio, la lactancia materna.

- b) La semejanza, dentro de unos límites razonables, a la población diana a la que se desea generalizar los resultados.
- c) El empleo de criterios de selección realistas que permitiesen la inclusión del número deseado de sujetos en el tiempo previsto, entre ellos el criterio de accesibilidad geográfica de la población.
- d) Hacer posible la detección de una diferencia o asociación que pudiera existir.

Se consideraron los siguientes criterios de exclusión:

A. Dependientes del recién nacido -RN-:

- RN pretérmino
- Sufrimiento fetal agudo grave con puntuación de APGAR a los 5 minutos menor de 7.
- Peso al nacer inferior a 2200 gramos.
- Niño en cuya Hª clínica no conste que se trata de "recién nacido sano", según valoración efectuada por el neonatólogo del centro.
- Niño con malformaciones físicas mayores al nacimiento, y aquellas minusvalías que en algún grado puedan dificultar el amamantamiento, tales como: fisura palatina, glosoptosis, labio leporino, etc.

B. Dependientes de la madre:

- No domiciliada en Fuenlabrada-Leganés.
- Madre alcohólica -por riesgo de: niño malformado, bajo peso, con complicaciones médicas por fetopatía alcohólica-.
- Mujer diagnosticada de alteración psiquiátrica -psicótica, depresiva descontrolada, etc.-.
- Alteraciones anatómicas ó enfermedad mamaria que impidan el amamantamiento.
- Mujer a la que en el Hospital se desaconseje la lactancia natural basándose en motivos médicos concretos dependientes de la madre ó del niño.
- Mujer que manifieste imposibilidad de algún tipo para acudir a las visitas de seguimiento del

estudio hasta los 6 meses.

III.2.4. IDENTIFICACION Y MUESTREO DE LOS CASOS.

Tamaño y error muestral:

Por razones de eficiencia y disponibilidad de recursos, se trabajo con una muestra de la población de estudio.

Se consideró adecuado obtener una muestra aleatoria simple de 395 sujetos, al ser el número preciso para poder estimar con el nivel de confianza deseado los parámetros de inicio del amamantamiento y duración del mismo.

El número previsto de recién nacidos vivos para 1988 en el Hospital de Leganés fué de aproximadamente 3200 -considerando que se producen 1322 partos con recién nacido vivo en los primeros 5 meses de 1988-. Los recién nacidos a término suponen el 95% del total. Un 96% de los recién nacidos pesan 2200 gramos ó más. Aproximadamente el 91% de los partos son de mujeres domiciliadas en Fuenlabrada o Leganés (Fuente: "Libro de registro de partos del Hospital Severo Ochoa de Leganés. Servicio de Admisión y Documentación médica del H. Severo Ochoa).

En un periodo de 6 meses pareció factible obtener una muestra de 360 sujetos, lo que suponía una media de 3 por día, a 5 días en semana.

Para variables de tipo normal, el error máximo en la condición más desfavorable ($\pi = 50 \%$) con un nivel de confianza del 95.5 %, es de $\pm 4.7 \%$.

Según la información previa disponible de Fuenlabrada (González FJ, 1989): Un 85% de las madres inician la lactancia materna y la duración media de las que dan pecho es de 2.7 meses.

Si consideramos: $N = 3200$

$n = 360$

Aplicando:

Para medias:

$$\Sigma = \pm 2 \frac{\sigma}{\sqrt{n}} \sqrt{\frac{N-n}{N-1}}$$

Para porcentajes:

$$\Sigma = \pm 2 \sqrt{\frac{p q}{n}} \sqrt{\frac{N - n}{N - 1}}$$

Para el dato de amamantamiento ($\pi \approx 85 \%$) el error máximo sería del $\pm 3.5 \%$ y para el dato del número medio de meses de lactancia ($\sigma = 2.7$) sería de ± 0.26 meses, que equivale a ± 8 días.

Para estimar las ausencias a las citas que es previsible esperar en nuestro estudio consideramos los siguientes datos:

- a. Las faltas de asistencia a una consulta programada de puericultura en un Centro de Salud de Fuenlabrada de 414 citas mensuales sucesivas en menores de 6 meses se estimaron en un 8% de las mismas.
- b. De 265 niños con citas sucesivas para ser vistos en las consultas de pediatría del hospital de Leganés, por cualquier causa, no acudieron a la cita 23, lo que supone un porcentaje de fallos del 8.7% del total.

El número de sujetos obtenido para la muestra fué ampliado convenientemente en función del porcentaje de pérdidas y abandonos esperado (8.7%) durante el seguimiento, de forma que se aseguraba que finalizase el estudio el número de pacientes deseado.

Si aplicamos (Carné X, 1989):

$$n_a = n [1/(1-r)]$$

n_a = nº de sujetos ajustado que debería iniciar el estudio
 n = nº de sujetos teórico
 r = la proporción esperada de pérdidas

El número de sujetos que debería iniciar el estudio resultó ser 395. Con ello que se garantizaba que el estudio poseyera la potencia estadística deseada.

III.2.5. PROTOCOLO DE RECOGIDA DE DATOS.

Se preparó toda la documentación de la encuesta: ficheros,

cuestionarios con hojas de datos precodificados y hojas de información para uso por personal experimentado.

Las mujeres que formaron parte del estudio fueron elegidos al azar, por un procedimiento aleatorio simple utilizando el registro de partos de la maternidad del Hospital para su inclusión. A partir de esta selección se procedió de la siguiente forma para la captación y contactos sucesivos:

Se contactó directamente con la madre al 2º-3º día postparto para exponerla nuestra intención de efectuar un seguimiento de puericultura de su hijo hasta el 6º mes de vida, mediante entrevista directa, atendiendo las dudas que nos pudiera plantear, y se solicitó su colaboración acudiendo a las 3 visitas programadas tras el alta hospitalaria. Si la madre era elegible y aceptaba el seguimiento, se efectuaba la primera encuesta en el hospital, en la sala de maternidad. Finalizada ésta, la mujer era citada por escrito al 10º día, coincidiendo con la realización del test de metabolopatías, que es efectuado prácticamente al 100% de los nacidos en el Centro. Si no acudía se daba nueva cita, para el día siguiente. Esta consulta, así como las de tercer y sexto mes tenían lugar en un local de la policlínica de pediatría, con citación escrita y recuerdo telefónico previos.

Los cuestionarios fueron pasados por 2 personas -pediatra y una encuestadora experta-, en 4 entrevistas a cada madre efectuando una exploración al niño al 10º día, 3º y 6º mes. En los casos en que continuaba la LM por encima del 6º mes, se intentó contacto telefónico o se propuso una nueva cita a la edad de 9 y 12 meses del hijo.

En los casos perdidos se intentó obtener información para conocer en qué momento antes del 6º mes cesaba la LM. El seguimiento de aquellos casos que no se presentaron al hospital tras citación escrita y recuerdo telefónico se llevó a cabo mediante el envío de un encuestador al domicilio. Previamente, se remitió una carta comunicando la próxima visita del citado encuestador y rogando su colaboración a un estudio sanitario del Area de Salud para seguimiento de niños sanos.

III.2.6. PLAN DE ANALISIS. METODOLOGIA ESTADISTICA.

El trabajo de análisis se basó en el material recogido en

la encuesta y en datos obtenidos de la historia clínica obstétrica y neonatal. La información así obtenida se introdujo en los ficheros creados al efecto mediante un programa de gestión de bases de datos -DBASE III-. La introducción de datos se efectuó en el mismo orden en que la información constaba en las hojas de recogida de los cuestionarios. Se llevó a cabo la revisión de una muestra de los registros introducidos en la base de datos para detectar errores sistemáticos cometidos durante la entrada de la información. Los datos se procesaron informáticamente mediante paquetes de estadística biomédica aplicables a computadoras tipo PC -RSIGMA y SPSS-, para lo que se contó con supervisión y asesoramiento técnico sociológico - Profesor Modesto Escobar Mercado- y de epidemiología y estadística biomédica -D^a Marina Poyán Santamaría y D Rafael Alvarez Cáceres-.

Metodología estadística:

1. Introducción:

Las variables aleatorias, utilizadas en este trabajo han sido estudiadas, en primer lugar, mediante técnicas de estadística descriptiva -tablas y gráficos-, para organizar, presentar y sintetizar la información del estudio. Se buscaron los valores no habituales o ilógicos de las variables y los errores de transcripción y codificación para asegurar la calidad de los datos recogidos y la validez del análisis posterior (Argimón JM, 1991).

El trabajo pretende estudiar qué factores influyen en la decisión de amamantar al recién nacido y la duración de dicho amamantamiento.

La variable que informa sobre el **tipo de lactancia al nacimiento** es una variable cualitativa con dos categorías: lactancia materna y artificial. Los factores que influyen en el tipo de lactancia han sido estudiados mediante técnicas de regresión logística simple; de esta manera han sido identificados los factores de riesgo mediante el ODDS RATIO -OR-. A continuación, mediante técnicas de regresión logística múltiple, han sido recogidas las variables que tienen efecto directo.

La **duración de la lactancia**, variable cuantitativa, ha sido estudiada mediante tres métodos analíticos distintos: comparación de medias -mediante la prueba de la t de STUDENT-, análisis de la varianza de una vía y regresión lineal múltiple, construyendo un modelo que nos permite realizar predicciones acerca de la duración de la lactancia dependiendo de las características de la madre y del niño.

Los métodos analíticos utilizados en el estudio son paramétricos. Su aplicación ha sido posible y correcta al poder garantizar la distribución normal de la media muestral. Y ello es así porque todas las muestras tienen más de 30 casos y el teorema central del límite garantiza que en tales circunstancias la media muestral, siempre, se distribuye normalmente. Si el número de casos fuera menor de 30, habría que comprobar la normalidad de la variable mediante el test de Kolmogorov-Smirnov.

2. Comparación de dos medias. Prueba de la T de STUDENT:

Esta técnica de análisis estadístico, nos permite dilucidar si las diferencias observadas entre las medias muestrales de una variable cuantitativa, son significativas.

La prueba de la t de STUDENT tiene dos variantes, una aplicable si las varianzas son homogéneas y la segunda, también llamada test de WELCH, aplicable en el caso de que las varianzas no sean homogéneas.

En el párrafo anterior hemos visto que la técnica a aplicar es distinta dependiendo de si las varianzas son o no homogéneas. La comprobación de la homogeneidad de las varianzas ha sido realizada mediante la prueba de la F de SNEDECOR.

2.1 Comparación de varianzas.-

Para comparar dos varianzas muestrales se realizó la prueba de la F de SNEDECOR. Las hipótesis a contrastar son las siguientes:

$$\begin{array}{lll} H_0 & \sigma_1^2 = \sigma_2^2 & \alpha < 0.05 \\ H_1 & \sigma_1^2 \neq \sigma_2^2 & \end{array}$$

Las hipótesis nula H_0 es que las varianzas poblacionales son iguales, la hipótesis alternativa H_1 es que las varianzas poblacionales son distintas; el nivel de significación del contraste α es 0.05.

En la terminología estadística el rechazar la hipótesis nula en el contraste de hipótesis anterior, es equivalente a decir que las varianzas no son homogéneas, y no rechazar la hipótesis nula es equivalente a decir que las varianzas son homogéneas.

En la comparación de medias para datos independientes distinguiremos dos pruebas diferentes según las varianzas sean ó no homogéneas.

2.2 Varianzas homogéneas.-

Una vez que hemos comprobado que las varianzas son homogéneas, realizaremos el siguiente contraste de hipótesis:

$$\begin{array}{ll} H_0 & \mu_1 = \mu_2 \\ H_1 & \mu_1 \neq \mu_2 \end{array} \quad P < 0.05$$

En el contraste anterior, si no podemos rechazar la hipótesis nula, aceptaremos que las medias de las dos poblaciones son iguales; en caso de rechazar la hipótesis nula, concluiremos que las medias son distintas en ambas poblaciones. La significación establecida para resolver el contraste es 0.05.

El estadístico que vamos a utilizar para resolver el contraste es el siguiente :

$$t_{EXP} = \frac{\overline{X}_1 - \overline{X}_2}{S_p \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

En la expresión anterior \overline{X}_1 es la media muestral de la primera muestra, \overline{X}_2 es la media muestral de la segunda muestra, n_1 es el número de elementos de la primera muestra, n_2 es el número de elementos de la segunda muestra y S_p es la raíz cuadrada de la media aritmética ponderada, de las

varianzas muestrales, y se calcula según la siguiente expresión:

$$S_p = \sqrt{\frac{(n_1-1) S_1^2 + (n_2-1) S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}}$$

Los grados de libertad de la t de STUDENT (γ) en este caso son iguales a la suma de los tamaños de las dos muestras menos 2, esto es : $\gamma = n_1 + n_2 - 2$.

El estadístico de contraste definido por la expresión anterior, se fundamenta en que si las medias muestrales proceden de poblaciones con medias iguales, se distribuye según una t de STUDENT con los grados de libertad ya mencionados. Por lo tanto, si las medias de la variable en las poblaciones de procedencia son iguales, esperamos obtener un valor de 't' experimental, que difiera de 0 en un margen que explique el azar, es decir, que la probabilidad de obtener un valor de 't' como el observado sea mayor de 0.05 ,el valor de α mas utilizado es 0.05 . En caso de que la probabilidad de obtener un valor de la 't' experimental sea menor de 0.05, rechazaremos la hipótesis nula y concluiremos que las medias poblacionales son distintas. Para el cálculo deduciremos los puntos críticos del contraste ayudados por una tabla de la distribución t de STUDENT: si la 't' observada está entre los puntos criticos esto indica que la probabilidad de obtener una 't' como la observada es mayor de 0.05 y no rechazaremos la hipótesis nula, si la 't' observada es menor que el punto critico menor, o mayor que el punto critico mayor, es decir, su valor está fuera del intervalo entre los puntos criticos, indica que la probabilidad de obtener una 't' como la observada es menor de 0.05 y rechazaremos la hipótesis nula, concluyendo que las medias poblacionales son distintas.

2.3 Varianzas no homogéneas.-

En caso de que las varianzas no sean homogéneas, las

hipótesis se plantean igual que en el caso anterior:

$$\begin{array}{ll} H_0 & \mu_1 = \mu_2 \\ H_1 & \mu_1 \neq \mu_2 \end{array} \quad P < 0.05$$

El estadístico de contraste en este caso difiere del utilizado en el caso anterior. El estadístico de contraste para este caso, también basado en la distribución t de STUDENT, viene dado por la siguiente expresión:

$$t_{\gamma, a/2} = \frac{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}}$$

Los grados de libertad, γ , de la 't' se consiguen, aplicando la siguiente expresión:

$$\gamma = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{\frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} \right)^2}{n_1 - 1} + \frac{\left(\frac{S_2^2}{n_2} \right)^2}{n_2 - 2}}$$

Una vez calculada la 't' experimental, las consideraciones realizadas en el caso de las varianzas homogéneas, son válidas también en este caso.

3. Análisis de la varianza:

Las técnicas de comparación de medias anteriores, solamente son aplicables para comparar de forma simultánea dos medias. En el caso de querer comparar más de dos medias de forma simultánea, la técnica estadística aplicable es el análisis de la varianza. En este trabajo fue utilizada esta técnica a fin de comparar, por ejemplo, la duración de la lactancia materna según la madre hubiera decidido dar lactancia natural antes, durante o después del parto, dado

que tenemos tres medias la comparación simultánea de las mismas debe hacerse mediante el análisis de la varianza.

El modelo matemático planteado es el siguiente:

$$X_{ij} = \mu + \mu_i + e_{ij}$$

En el modelo anterior X_{ij} , es el valor de la variable cuantitativa dependiente, en este trabajo la duración de la lactancia materna; μ es la media de duración de la lactancia materna en la población de referencia; μ_i es la media de la duración de la lactancia materna en el i ésimo grupo -por ejemplo, duración en las madres que decidieron la lactancia materna antes del parto- y e_{ij} indica la influencia de factores no controlados por el modelo.

En aquellos casos en que el análisis de la varianza indicaba diferencias significativas, hemos analizado entre qué medias existían las diferencias mediante el método de comparación múltiple de Student - Newman-Keuls.

4. Regresión lineal múltiple:

En este trabajo la duración de la lactancia materna ha sido estudiada, mediante la técnica de análisis multivariante de regresión lineal múltiple, a fin de estudiar de forma conjunta las variables que influyen en esta variable. El modelo aplicado es el siguiente:

$$Y = B_0 + B_1 X_1 + \dots + B_n X_n$$

Y , es la variable dependiente, duración de la lactancia materna; B_0 es el término independiente; B_1 es el coeficiente de regresión lineal múltiple de la primera variable X_1 ; así sucesivamente, hasta la n ésima variable.

Para que el modelo sea significativo, todos los coeficientes de las variables deben de ser significativamente distintos de cero.

5. Regresión logística:

La regresión logística, es una técnica de análisis multivariante, en la que la variable dependiente o variable

respuesta, es una variable dicotómica -en este trabajo: tipo de lactancia- y la variable o variables independientes pueden ser cualitativas o cuantitativas.

A la variable dependiente la llamaremos 'Y'; esta variable puede tomar dos valores. Llamaremos 'P' a la probabilidad de que la variable tome el valor que queremos estudiar, lactancia artificial y '1-P' a la probabilidad de que tome el otro valor, lactancia materna.

La expresión matemática más utilizada para el modelo de regresión logística simple, es la siguiente:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(B_0 + B_1 X)}}$$

La expresión anterior representa un modelo de regresión logística simple donde 'X' es la variable independiente y 'P' la probabilidad de que la variable dependiente tome un determinado valor, 'e' representa a la base de los logaritmos neperianos, que es una de las constantes mas utilizadas, su valor es $e=2.71828...$ -los puntos indican que sigue la secuencia de decimales, que son infinitos-. B_0 y B_1 son los coeficientes del modelo, B_0 , es el término independiente, y puede ser igual a cero, B_1 es el coeficiente de regresión logística y debe de ser significativamente distinto de cero. En un modelo de regresión logística si el coeficiente B_1 no es significativo, indica que no tenemos evidencia de que la variable independiente esté relacionada con la variable dependiente según el modelo logístico, y por lo tanto el modelo no tendría sentido. Si el coeficiente de regresión logística es significativo indica que existe relación, según el modelo logístico, entre la variable dependiente y la variable independiente.

Si los coeficientes de las variables son positivos, significa que la variable aumenta la probabilidad de la característica de la variable dependiente que estamos evaluando -en nuestro caso el factor sería un factor de riesgo de la LM-; si el coeficiente es negativo, esa

probabilidad disminuye.

El número 'e' elevado al coeficiente de la variable indica el OR correspondiente al aumento unitario de la variable independiente.

5.1 El modelo múltiple.-

El modelo de regresión logística múltiple, relaciona la probabilidad de una característica de la variable dependiente, en función de varias variables. La expresión matemática del modelo logístico múltiple, es la siguiente:

$$P = \frac{1}{1 + e^{-(B_0 + B_1 X + \dots + B_k X)}}$$

6. Factores de riesgo y protección:

En ciencias de la salud, se considera factor de riesgo a una característica individual, que aumenta la probabilidad de padecer una determinada enfermedad. Factor de protección, es una característica individual que disminuye la probabilidad de padecer una determinada enfermedad.

En este trabajo estamos interesados en determinar, que factores favorecen la lactancia materna y cuales no. Aunque no podemos considerar la lactancia artificial como una enfermedad, la mayoría de los autores consideran que la lactancia materna como ventajosa respecto a la artificial desde distintos puntos de vista, que se exponen en la introducción del estudio. Los factores que disminuyan la probabilidad de lactancia materna los consideraremos como factores de riesgo, y los que aumenten la probabilidad de lactancia materna los consideraremos factores de protección.

7. Evaluación de factores de riesgo y protección:

En el estudio sobre factores de riesgo y de protección, en primer lugar, debemos demostrar que existe asociación estadística significativa, entre la enfermedad - en nuestro caso la lactancia artificial- y el factor, y en segundo lugar, la fuerza y la dirección de dicha asociación.

2.1 Asociación estadística.-

Clásicamente, la existencia de la asociación estadística ha sido estudiada mediante la prueba de CHI CUADRADO de PEARSON, en este trabajo la asociación entre lactancia y factores ha sido comprobada mediante modelos de regresión logística simple, considerando que existe asociación si la razón de verosimilitud es significativa, lo cual implica que el coeficiente de regresión logística es significativamente distinto de cero.

En los modelos de regresión logística estudiados en este trabajo la variable dependiente es la lactancia artificial y la variable independiente, el factor que queremos evaluar.

2.2 Grado y sentido de la asociación.-

Las pruebas de asociación estadística, CHI CUADRADO, nos informan sobre la existencia de asociación estadística, pero no del grado y la fuerza de dicha asociación. En ciencias de la salud los parámetros mas utilizados para evaluar la fuerza de la asociación, son el RIESGO RELATIVO -RR- y el ODDS RATIO -OR-.

El RR y el OR son muy similares en su significado e interpretación; si son mayores de 1 indican el número de veces que aumenta la probabilidad de padecer la enfermedad, respecto a los individuos que carecen del factor. Un RR o OR mayores de 1 indican que el factor es de riesgo, y si es menor de 1 indican que el factor es de protección.

En este trabajo, la medida de asociación empleada es el OR, debido a que el N^o e -base de los logaritmos neperianos- elevado al coeficiente de regresión logística del factor es el OR que supone el aumento unitario del factor, si el OR es significativamente mayor de 1 indica que el factor es de riesgo, y por tanto el aumento unitario del factor aumentará la probabilidad de la lactancia artificial, si el OR es menor de 1 el factor es de protección y por tanto disminuirá la probabilidad de lactancia artificial.

III.2.7. CLASIFICACION DE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO.

Variables dependientes:

Son aquellas que permiten medir los factores de estudio. Consideramos como tales:

1. La elección del tipo de lactancia, materna o artificial, al nacimiento. Consideramos que se había iniciado la lactancia materna -LM- cuando las madres daban el pecho el día en que efectuamos la primera encuesta, en el hospital.
2. Duración de la lactancia materna exclusiva y mixta. Medición en fracción decimal de mes -número absoluto-. Podríamos distinguir duración: corta, hasta 1 mes; intermedia, de 1 a 3 meses; y larga, superior a 3 meses.

Se valorará la disposición a la lactancia materna, esto es, la actitud proclive o favorable a la lactancia materna, que mediremos en 2 momentos, mediante el cuestionario:

- a. Previa: ¿Cuándo decide LM? ¿Quién influye en su decisión? Evolución de lactancias anteriores.
 - b. Real, positiva -momento de inicio de lactancia materna tras el parto y pronóstico de duración de LM, según la madre- y negativa -introducción de lactancia mixta precoz-.
3. Empleamos una variable para constatar, indirectamente, que se está siguiendo ó hasta que punto se abandona la LM: el momento del inicio o introducción de la alimentación complementaria asociada.

Variables independientes:

Incluye variables de respuesta y aquellas universales que permiten describir las características de los sujetos considerados y evaluar la generalización de los resultados¹.

¹ Fueron referencias para la confección de la encuesta: la realizada para el Informe sobre modalidades de la lactancia natural de la OMS (WHO,1981a) y otras relativas a influencia de factores psicosociales sobre la LM (Ekwo EE,1984) (Florack E,1984) (Gutierrez MA,1985).

1. Factores sociales y apoyo social²: Familia nuclear ó no. Edad de los padres. Hábitos de vida -alcohol, tabaco, ejercicio-. Condiciones de habitabilidad de las viviendas y hacinamiento. Apoyo del marido o compañero. Apoyo familiar y vecinal. Influencias exógenas en el tipo de lactancia. Pediatra que controla al niño -centro de salud, consultorio de Seguridad Social, sociedad médica, consultorio privado-. Origen de los padres. Número de años de residencia en la zona de Fuenlabrada-Leganés.
2. Factores culturales e instrucción: Grado de instrucción materno. Grado de instrucción paterno. Nivel de habilidades materno, entretenimientos o aficiones. Conocimientos sanitarios sobre alimentación del lactante. Duración inicial prevista por la madre de la lactancia al pecho. Razones aducidas para abandono del amamantamiento. Control de natalidad. Precauciones anticonceptivas en el puerperio. Fuente de información sanitaria. Problemas con el amamantamiento y modo de afrontarlos.
3. Factores económicos y laborales: Situación laboral de la madre en el embarazo y tras el parto. Situación laboral del padre. Nivel de ingresos familiares mensuales totales. Adquisición de vivienda. Equipamiento de la vivienda. Dimensión de la familia.
4. Factores psicoafectivos: Deseo del embarazo y aceptación del mismo. Referencia a la formación y mantenimiento del "vínculo madre-hijo" a lo largo de los primeros meses de la vida.
5. Factores sanitarios: Tipo de parto y sus

² Asumimos la definición del apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos (Barron A,1990b). El apoyo social tiene un aspecto objetivo, el apoyo recibido o real, y una dimensión subjetiva, que es la percepción de que uno es amado, estimado, etc., por los demás. Esta percepción promueve la salud (Barron A,1990b). Se dice que el apoyo de los amigos es más útil para manejar conflictos no relacionados con la familia, mientras que para tratar con problemas vinculados con la salud el apoyo familiar es más importante que el procedente de los amigos (Barron A,1990b).

complicaciones. Hábitos tóxicos de la madre durante la gestación -alcohol, tabaco-. Salud de la madre durante el embarazo y los primeros meses postparto. Desarrollo madurativo del niño, y progresión de talla y peso. Seguimiento de calendario vacunal. Otros hábitos nutricionales en los primeros meses de vida. Morbilidad del niño los primeros 6 meses de vida.

Variables de control:

1. Podemos estimar como potenciales variables de confusión -al sospechar su asociación tanto al factor de estudio como a las variables de respuesta-: Edad de la madre -adolescentes, jóvenes y maduras-. Paridad -primíparas y multíparas-. Amas de casa exclusivamente ó no. Estado de salud bueno o no. Estado civil -soltera, casada, compañero estable, viuda y divorciada-. Incidencias en la salud del niño -enfermedades e ingresos durante los primeros meses de la vida-. Educación sanitaria -atención a programas de educación materno-infantil-. Tipo de parto -eutócico ó distócico; vaginal ó cesarea-. Población de residencia -municipio de Fuenlabrada ó de Leganés-. Sexo del niño.
2. Control de calidad:
 - 1º. De los métodos. Se llevó a efecto mediante: a) Estandarización de los cuestionarios. b) Selección y entrenamiento de los encuestadores, para disminuir la variabilidad debida al encuestador. c) Estudio piloto. d) Validación del cuestionario. e) Elaboración de un manual de procedimiento donde quedaba explicado cómo debía recogerse la información, e incluía definiciones de las variables, instrucciones para los encuestadores y explicaba el circuito a seguir por la información recogida para evitar pérdidas y confusiones, y se hacía hincapié en la confidencialidad de los datos. Al final del trabajo presentamos el anexo 1, con los datos sobre errores no muestrales, trabajo de campo y

cuestionario; y el anexo II, que contiene la encuesta efectuada en el estudio.

29. De los datos³:

- El "error aleatorio"⁴, se ha tratado de minimizar con un tamaño de muestra suficiente. Como dato indirecto tenemos la proporción de sexos de los niños de la muestra, que se corresponde con la de la población de estudio.
- El "error sistemático o sesgo" se ha tratado de evitar cuidando la elección de las variables, su definición y su medición, tanto de las variables que el investigador puede evaluar directamente -objetivas- como de las subjetivas -el investigador confía en la respuesta dada por los sujetos del estudio a través del cuestionario-. Para evitar el error sistemático se ha cuidado desde el diseño de los cuestionarios el error debido al individuo, tratando que las respuestas al cuestionario fueran precisas y midieran la realidad, evitando fallos por: a) falta de comprensión; b) sesgo de memoria -pérdida de exactitud en el recuerdo de hechos importantes por el paso del tiempo- (Lopez L,1991); c) falseamiento de las respuestas o declaraciones erróneas por pudor, vergüenza, discreción, razones sociales o para complacer al entrevistador (Rojas R,1977); sobre todo al preguntar por hábitos tóxicos, métodos anticonceptivos, ayudas disponibles, ingresos económicos, etc.
- Se cuidó el error debido a los instrumentos de medida, asegurándonos de su validez y calibración.
- Los cuestionarios se diseñaron como documentos que facilitan la recogida de datos, su codificación y posterior procesamiento para el

³ Cualquier medición comporta un cierto grado de error.

⁴ Nace del hecho de que se trabaja con muestras de individuos, y no con toda la población, y procede, por tanto, de la variabilidad inherente al muestreo.

análisis ulterior.

- Se buscó la concordancia entre observadores, analizando los resultados por el investigador con los encuestadores.
- Verifimos que los datos de filiación, edad de la madre, fecha de nacimiento del niño, etc, coincidieran con los de la historia clínica.
- Se llevó a cabo un control de fiabilidad de los datos mediante comparación con otros estudios.

III.2.8. PLAZO DE EJECUCION. CRONOGRAMA.

Como la situación es cambiante y por lo tanto, un estudio en un momento dado no es necesariamente válido para el futuro, hemos considerado un periodo de tiempo corto para evitar desviarnos de nuestros objetivos y buscando la representatividad de nuestras observaciones.

En el primer semestre de 1988: Pusimos a punto los cuestionarios y formularios. Se procedió a la supervisión del trabajo. Se lleva a cabo el estudio piloto.

A partir de este momento se estimó un plazo de dos años para el desarrollo del trabajo: periodo de tiempo comprendido entre Junio de 1988 y Junio de 1990. Hasta Enero de 1990 se procedió a la recogida de datos mediante las encuestas elaboradas a una muestra de madres de niños sanos nacidos a término en el Hospital de Leganés según las condiciones marcadas en el estudio, en cuatro momentos distintos: recién nacidos; diez días de vida; tercer y sexto mes de edad y, de persistir la lactancia materna, a los 9 y 12 meses.

El tiempo de realización del trabajo de campo fué, aproximadamente, un año.

Posteriormente, los datos recogidos en hojas codificadas para un mejor manejo informático, fueron grabados en el ordenador y se procedió a los análisis estadísticos.

IV. RESULTADOS

IV.1. ESTADISTICA DESCRIPTIVA

Incluimos las variables estudiadas en los siguientes apartados:

IV.1.1. HISTORIA OBSTETRICA Y EMBARAZO ACTUAL

Las 395 madres encuestadas sumaron 812 embarazos, con una media de 2 embarazos por mujer. El máximo fué de 6 embarazos. Entre todas tuvieron 737 hijos vivos. Contabilizamos 6 antecedentes de niños fallecidos entre las mujeres encuestadas; todos por causas perinatales. Tuvieron abortos anteriores 64 madres.

Tabla I: DATOS DIVERSOS SOBRE ANTECEDENTES OBSTETRICOS

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Hijos vivos	395		1.9	0.87	1-5
Edad -años- del hijo anterior al actual	237		4.8	2.74	1-15
Sexo de hijo anterior al actual	237				
varón		51.5			
mujer		48.5			
Edad del hijo mayor	237		6.1	3.70	1-18
Sexo del hijo mayor	237				
varón		51.9			
mujer		48.1			
Nº abortos	64				
1 aborto		87.5			
2 abortos		10.9			
3 abortos		1.6			
Tipo de aborto	64				
Natural		90.6			
Provocado		7.8			
De ambos tipos		1.6			

Tabla II: HABITOS MATERNOS DURANTE EL EMBARAZO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Fumaba durante embarazo	395				
no fumaron		65.1			
si fumaron		34.9			
Cigarrillos/dia de las madres fumadoras	138		8.5	7.37	
Consumo diario de tazas de café	395				
No solían tomar		28.6			
Si solían tomar		71.4			
Tazas/día de las madres consumidoras de café	282		1.9	1.08	
Consumo de bebida con alcohol durante comidas	395				
vino		13.2			
cerveza		4.6			
ambos, indist.		0.3			
no, ocasional		10.9			
no, nunca		71.1			
Consumo entre comidas de vino, verveza, licores ó combinados	395				
Nunca		63.0			
Casi nunca		16.2			
De vez en cuando		20.3			
Diariamente		0.5			

Tabla III: DATOS DE SALUD MATERNA DURANTE LA GESTACION

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Crecimiento del pecho durante la gestación	395				
Crecimiento moderado		77			
No observa crecimiento		16			
Crecimiento importante		7			
Ganancia ponderal -Kg- materna en embarazo	387		10.4	3.61	
Padecimientos maternos durante el embarazo	395				
No padecimientos		56.2			
Inespecíficos-miscelanea		17.7			
Respiratorios-alergia-ORL		6.1			
Ginecológico-obstétricos		6.1			
Digestivos		5.3			
Nefrourológicos		3.3			
Metabólico-endocrinos		3.0			
Psíquicos		1.5			
Dermatológicos		0.8			

Tabla IV: OPINION MATERNA SOBRE SU SITUACION FISICA AL PRINCIPIO Y AL FINAL DEL EMBARAZO

La madre se encontraba físic.	Primeros meses (n = 395) %	Final emb. (n = 395) %
Muy bien	29.4	25.1
Bien	26.6	40.8
Regular	14.9	18.0
Mal	16.2	11.4
Muy mal, fatal	12.9	4.8

Tabla V: ACTIVIDAD MATERNA DURANTE LA GESTACION

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
<hr/>					
Opinión materna sobre la ayuda o perjuicio que le causaron las actividades que tenía que hacer durante el embarazo	395				
Ayuda		47.6			
Perjuicio		13.4			
Ni una ni otra		39.0			
Opinión materna sobre si las actividades realizadas le resultaron fatigosas en el embarazo	395				
Si, a menudo		15.4			
Si, a veces		36.7			
Casi nunca		9.6			
No, nunca		38.2			
Horas/día que señala la madre le llevaban, en el embarazo, las labores propias de la casa	392		4.5	2.05	
En los 3 últimos meses de embarazo la madre, en su trabajo diario, ¿cómo estaba más tiempo: de pie o sentada?	393				
Más de pie		46.3			
Más sentada		32.8			
Igual		20.9			

Tabla VI: CARACTERISTICAS DEL PARTO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Tipo de parto del hijo actual	395				
Presentación:					
Cefálica		97.7			
Nalgas		1.5			
Otra presentación		0.8			
Vía del parto:					
Vaginal		90.9			
Cesárea		9.1			
Modalidad:					
Simple		83.0			
Instrumental		17.0			

IV.1.2. DATOS SOCIALES

Tabla VII: EDADES DE LOS PROGENITORES DE LOS NIÑOS DEL ESTUDIO

Edad en años	nº casos	media	d.típica	rango	moda
Madres	390	27.7	5.02	15-41	28
Padres	394	30.2	5.17	18-54	29

Tabla VIII: DATOS SOCIALES DIVERSOS

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Población del domicilio familiar	395				
Fuenlabrada		61.8			
Leganés		38.2			
Estado civil materno	395				
Casada ó pareja estable		98			
Soltera		1.7			
Separada-divorciada		0.3			
Años casada ó con pareja estable	389		5.1	3.95	
Hijos que piensa tener en total la madre	393		2.2	0.71	
Está la madre a gusto en el piso donde vive	395				
Si		93.9			
No		6.1			

Tabla IX: LUGAR DE NACIMIENTO DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS ESTUDIADOS

Lugar de origen	Madre (N = 368)	Padre (N = 363)
Madrid municipio.....	43.2 %	35.5 %
Castilla Vieja y C.Mancha (rurales).	23.4 %	24.8 %
Andalucía-Extremadura (rurales).....	19.0 %	22.3 %
Madrid metropolitano.....	4.1 %	6.3 %
Andalucía-Extremadura (urbanas).....	3.3 %	2.2 %
Castilla Vieja y C.Mancha (urbanas).	1.6 %	1.7 %
Otras España rurales.....	1.4 %	1.7 %
Navarra,Vascong.,Catal.,Val.,Balear.(r)	0.8 %	0.8 %
Extranjero OCDE.....	0.8 %	0.6 %
Extranjero otras.....	0.8 %	1.4 %
Madrid otros.....	0.5 %	1.4 %
Navarra,Vascong.,Catal.,Val.,Balear.(u)	0.5 %	-
Otras España urbanas.....	0.5 %	1.4 %

Tabla X: LOCALIZACION DE LA RESIDENCIA DE LOS ABUELOS MATERNOS Y PATERNOS DE LOS NIÑOS DEL ESTUDIO

Lugar de residencia	Ab.maternos (N = 362)	Ab.paternos (N = 357)
Madrid metropolitano.....	41.4 %	39.2 %
Madrid municipio.....	31.2 %	35.3 %
Castilla Vieja y C.Mancha rurales...	13.3 %	12.6 %
Andalucía-Extremadura rurales.....	8.3 %	7.6 %
Madrid otros.....	1.4 %	0.6 %
Castilla Vieja y C.Mancha urbanas...	0.8 %	1.1 %
Otras España rurales.....	0.8 %	0.6 %
Extranjero otras.....	0.8 %	0.8 %
Andalucía-Extremadura urbanas.....	0.6 %	1.1 %
Navarra,Vascong.,Catal.,Val.,Balear.(r)	0.6 %	0.6 %
Otras España urbanas.....	0.6 %	0.3 %
Extranjero OCDE.....	0.3 %	0.8 %

Tabla XI: AÑOS DE RESIDENCIA EN LEGANES O FUENLABRADA DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS DEL ESTUDIO

Progenitor	Casos válidos	media	d.típica	rango	moda
Madre	368	8.96	6.74	0 - 34	1
Padre	360	8.98	7.17	0 - 36	1

Tabla XII: LUGAR QUE OCUPA EL NIÑO DEL ESTUDIO COMO NIETO EN LAS FAMILIAS MATERNA Y PATERNA

Rama familiar	Casos válidos	media	d.típica	rango	moda
Materna	392	5.27	4.14	1 - 25	1
Paterna	388	5.58	4.72	1 - 33	4

Tabla XIII: APOYO QUE RECIBE LA MADRE DE SU PAREJA

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
<hr/>					
Deseo del padre de estar presente en el parto, según la madre	395				
Si		83.3			
No		15.7			
No sabe la madre		1.0			
Frecuencia de viajes laborales del marido	375				
Si, a menudo		5.1			
Si, de vez en cuando		9.1			
Casi nunca		2.4			
No, nunca		82.7			
Inaplicable		0.8			
Comidas que efectúa en casa el marido	372				
Todas las comidas		37.1			
Sólo desayuno		1.3			
Desayuno y cena		19.4			
Comida del mediodía		1.9			
Otras posibilidades		40.4			
Quien se ocupa del niño por las noches -10º día a 3º mes-	369				
La madre, generalmente		92.4			
Madre y padre		5.7			
Otros		1.9			
En qué medida, según la madre, el padre debería atender al niño	358				
Igual que lo hace		70.7			
Más que ahora		27.4			
Menos que ahora		1.7			
No sabe/ no contesta		0.3			

Tabla XIV: DATOS DIVERSOS DE APOYO PARA LA MADRE

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
<hr/>					
Frecuencia con que las madres tuvieron ayuda en las labores de casa	395				
Frecuentemente		20			
A veces		21			
Nunca		59			
Quien acompañó a la madre en el parto	395				
Marido, compañero		71.4			
Otra persona		2.8			
Nadie, estuvo sólo		25.8			
Localidad de trabajo del cabeza de familia	375				
Misma población		18.7			
Alrededores		24.0			
Madrid capital		29.3			
Otras		28.0			
Turno laboral variable del cabeza de familia	375				
Si		34.7			
No		65.3			
Para quién han sido los regalos por el nacimiento del hijo	395				
Para el niño, solamente		67			
Para ambos, niño y madre		27			
Para la madre, solamente		3			
No hubo regalos		3			
Si dispone la madre de alguien que cuide al niño si tiene que salir	360				
Si		89.4			
No		10.6			

Tabla XV: NIVEL DE AYUDA QUE INDICA LA MADRE HABER TENIDO EN DISTINTOS MOMENTOS TRAS EL PARTO

Periodo considerado	N	GRADO DE AYUDA PROPORCIONADO A LA MADRE			
		Ayuda total	Casi siempre	A veces	No ayuda
RN - 10º día	394	62.3%	12.2%	9.1%	16.2%
Primeras semanas	368	<-----80.4%----->			19.6%
10º día - 3ª enc.	368	5.7%	16.0%	22.3%	56.0%

Tabla XVI: ACOMPAÑAMIENTO DE LA MADRE EN LAS CITAS QUE EFECTUAMOS PARA ENCUESTAS

Entrevista	N	Marido/ compañ.	Familiar	Vecina/ amiga	Otro	Acude sóla
2ª	394	38.3%	32.5%	1.8%	1.0%	26.4%
3ª	369	21.7%	25.7%	2.4%	-	50.1%
4ª	360	23.3%	21.1%	0.8%	0.6%	54.2%

La ayuda que refería tener la madre -n = 243- para atender al hijo ó hijos, en el momento de la 3ª encuesta, queda reflejada en la tabla XVII. Contaron con una 2ª persona de apoyo 67 madres y con 3 personas, 8 madres.

Tabla XVII: AYUDA CON QUE CONTABA LA MADRE PARA CUIDADO DE LA PROLE -3ª encuesta-

Quién ayuda a la madre	nº	% sobre 243 mad.
Marido	140	57.6
Abuelos	68	28.0
Jardín de infancia/guardería	39	16.0
Hermanos y tíos	39	16.0
Otros familiares y amigos	14	5.8
Cuidadora, empleada hogar	4	1.6
Otros	1	0.4
Nadie	13	5.3

Aspectos en los que colabora el padre -n = 360- en la atención al hijo menor. Citaron 2 aspectos de colaboración del padre 138 madres y 3 aspectos de colaboración 39 madres -tabla XVIII-.

Tabla XVIII: ASPECTOS EN LOS QUE LA MADRE ENCONTRABA COLABORACION DE SU PAREJA PARA ATENCION DEL HIJO

En qué colabora el padre	nº	% sobre 360 mad.
Otra (Jugar)	220	61.1
Dar biberón	95	26.4
Baño	72	20.0
Pasearle	59	16.4
Cambiarle	52	14.4
Dormirle	21	5.8
Nada	18	5.0

Tabla XIX: ASPECTOS DIVERSOS DE LA REGULACION DE NACIMIENTOS

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Años que estima la madre adecuados entre 2 nacimientos:					
Nº de años mínimo	360		2.8	1.02	1-7
Nº de años máximo	360		3.4	1.10	1-8
Si pone medios la madre para evitar un embarazo tras este parto	359				
Pone medios		77.2			
No pone medios		22.8			
Mes postparto en que la madre inicia precauciones anticonceptivas	242		2.5	1.08	

Los medios que indica utiliza la madre -n = 287- para evitar nuevos embarazos, se señalan en la tabla XX. Refieren el empleo de 2 métodos 31 madres.

Tabla XX: MEDIOS EMPLEADOS POR LAS MUJERES DEL ESTUDIO TRAS EL ULTIMO PARTO PARA EVITAR NUEVOS EMBARAZOS

Medio empleado	nº	% sobre 287 mad.	% sobre 318 resp.
Preservativo	159	55.4	50.0
Píldora	88	30.7	27.7
Ligadura, vasectomía	30	10.5	9.4
Coitus interruptus; Ogino	14	4.9	4.4
DIU	10	3.5	3.1
Espermicida	8	2.8	2.5
Diafragma	1	0.3	0.2
No utiliza medio	8	2.8	2.5

Personas que, según la madre -n = 359-, comparten con ella el cuidado de los hijos (4ª encuesta). Refieren 2 personas distintas para ayuda 59 madres y 2 madres indican que cuentan con 3 personas para ayudarlas -tabla XXI-.

Tabla XXI: PERSONAS QUE SEGUN LA MADRE COLABORABAN CON ELLA PARA CUIDAR LOS NIÑOS -4ª encuesta-

Quién ayuda a la madre	nº	% sobre 359 mad.
Marido	135	37.6
Abuelos	68	19.0
Hermanos mayores, tíos	64	17.8
Cuidadora niños, empl.hogar	10	2.8
Otros famil., amigos, vecinos	6	1.7
Nadie	137	38.2

IV.1.3. DATOS CULTURALES Y AFICIONES

Tabla XXII: ESTUDIOS DE MADRES Y PADRES DE LOS NIÑOS EN SEGUIMIENTO

Nivel de estudios	Madre (N=395) %	Padre (N=392) %
Analfabeta	0.5	0.5
Lee, escribe, primarios sin acabar	7.6	4.1
Primarios y certificado de estudios	44.3	50.5
Graduado escolar, EGB, bachiller elem., FP-1	32.9	28.1
FP-2, bachiller sup., BUP, COU, PREU	11.4	12.8
Carrera universitaria de grado medio	1.3	1.5
Carrera superior universitaria	2.0	2.6

Tabla XXIII: AFICIONES MATERNAS

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Programas de radio favoritos de la madre	395				
Musicales		22.0			
Cualquier emisora		19.5			
Variedades, informativos		8.9			
De difícil clasificación		2.0			
Deportes		1.3			
No oye radio, ninguno		46.3			
Aficiones de la madre	395				
Intelectuales		31.6			
Caseras		21.0			
Ejercicio físico-deporte		8.9			
Otras		0.3			
Ninguna		38.2			

IV.1.4 DATOS ECONOMICOS Y LABORALES

Tabla XXIV: SITUACION LABORAL MATERNA DURANTE ESTE ULTIMO EMBARAZO Y TRAS EL PARTO, AL 6º MES

Situación laboral	Durante embarazo (N = 395)	6º mes del hijo (N = 360)
Trabajando por cuenta ajena	29.9%	16.7%
Trabajando por cuenta propia	9.1%	3.1%
Como estudiante	1.3%	-
Ama de casa exclusivamente	59.5%	80.3%

De las madres no trabajadoras en el momento del parto (amas de casa ó aquellas que dejaron el trabajo durante el embarazo), al ser preguntadas por su intención de buscar ó reiniciar la actividad laboral -n = 70-, el 31 % de ellas indica que lo hará entre el primer y segundo año de vida del nuevo hijo. La máxima expectativa se sitúa antes del séptimo cumpleaños de su hijo menor -tabla XXV-.

Tabla XXV: EMPLEO DE LAS MADRES CON ACTIVIDAD LABORAL Y DE LOS PADRES DE LOS NIÑOS DEL ESTUDIO -1ª encuesta-

Tipo de trabajo	Madre (N=114) %	Padre (N=388) %
Técnico de grado superior y asimilado	-	0.5
Técnico de grado medio y asimilado	3.5	3.1
Otros profesionales, técnicos y asimilados	1.8	0.8
Propietario de comercio-servicios-industria	6.1	8.5
Empleado, administrativo y asimilados	16.7	11.1
Empleado de comercio	20.2	4.9
Trabajador de los servicios	33.3	29.9
Trabajador del sector primario	-	1.8
Trabajador de la industria	17.5	24.2
Trabajador de la construcción y asimilados	-	13.9
Profesional de las fuerzas armadas	0.9	1.3

Tabla XXVI: DATOS DIVERSOS DE LA ACTIVIDAD LABORAL MATERNA

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Lugar donde las madres realizan su actividad laboral	117				
Misma población		30.0			
Alrededores		14.5			
Madrid capital		52.1			
Otras		3.4			
Semanas de permiso de las madres con actividad laboral:					
Antes del parto	102		3.2	3.86	0-24
Tras el parto	79		13.4	3.74	2-18
Mes de edad del hijo en que inicia la madre su actividad laboral	73		3.2	1.25	
Intención de la madre de buscar trabajo ó ponerse a trabajar tras el parto	316				
Buscar trabajo		10.1			
Ponerse a trabajar		11.7			
Ninguna		78.2			

Tabla XXVII: ACTIVIDAD LABORAL DEL CABEZA DE FAMILIA

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Situación laboral del cabeza de familia	395				
Trabajo estable		86.6			
Trabajo eventual		9.1			
Paro con subsidio		3.3			
Invalidez o jubilación		0.3			
Paro sin subsidio		0.8			
Tamaño de la empresa donde trabaja el cabeza de familia	367				
Menos de 25 trabajadores		44.4			
De 25 a 100 trabajadores		21.5			
De 101 a 1000 trabajadores		17.2			
Más de 1000 trabajadores		16.9			

Tabla XXVIII: DATOS RELATIVOS A LA VIVIENDA FAMILIAR

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Personas que viven en el domicilio familiar	369		3.98	1.08	
M ² aprox. que tiene la vivienda familiar	329		86.2	13.97	
Dormitorios que tiene la vivienda	367		3.0	0.43	
Si dispone la vivienda de comedor-sala estar	367				
Si		92.9			
No		7.1			
Cuartos de baño/aseos en la casa	367		1.1	0.32	
Piso donde está la vivienda	378		3.6	2.40	0-9
Si tiene ascensor en el edificio	367				
Si		70.6			
No, por menos de 4 alturas		27.0			
No		2.4			
Vivienda de propiedad ó alquilada	360				
Propiedad		86.1			
Alquiler		9.2			
Cedida		4.7			
Si han acabado de pagar el piso	310				
No		67.7			
Si		32.3			

En la tabla XXIX se muestra quienes son las personas que viven en el domicilio con la madre y el hijo en seguimiento - n = 369-. Viven 2 personas, además de ella y el hijo menor en 223 casos y 3 personas en 15 casos.

Tabla XXIX: PERSONAS QUE VIVEN EN EL DOMICILIO CON LA MADRE Y EL HIJO MENOR

Quién vive con ellos	nº	% sobre 369 mad.
Marido, compañero	362	98.1
Otros hijos	216	58.6
Padres	10	2.7
Otros	15	4.1
Suegros	4	1.1

Tabla XXX: POSESION DE BIENES DIVERSOS DE CONSUMO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Bienes de consumo:					
Frigorífico	367	99.7			
Lavadora automática	367	98.9			
TV color	367	95.4			
Coche	367	79.8			
Teléfono	392	77.6			
Equipo de música	367	43.3			
Vídeo	367	60.5			
Lavavajillas	367	5.4			

Tabla XXXI: OTROS DATOS DE ACTIVIDAD ECONOMICA

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Si lleva al niño a la guardería -4ª enc.-	358				
No		94.4			
Si		5.6			
Mes en que el niño fué llevado a la guardería	16		3.7	0.85	
Estimación por la madre de lo que cuesta a la semana alimentar a su familia	360				
Menos de 4.000 pts		2.2			
De 4.000 a 8.000 pts		25.6			
De 8.000 a 12.000 pts		30.0			
De 12.000 a 16.000 pts		26.4			
De 16.000 a 20.000 pts		8.9			
Más de 20.000 pts		5.3			
No sabe		1.7			
Gasto que ha supuesto el hijo pequeño el 5º mes	360				
Menos de 4.000 pts		6.1			
De 4.000 a 8.000 pts		18.3			
De 8.000 a 12.000 pts		23.2			
De 12.000 a 16.000 pts		14.7			
De 16.000 a 20.000 pts		16.1			
Más de 20.000 pts		20.8			
No sabe		0.6			
Nivel ó clase social dónde se considera la madre incluida	360				
Media media		71.7			
Media baja		17.5			
Baja -trabajadora-		8.3			
Media alta		1.7			
No sabe/no contesta		0.8			

Tabla XXXII: DINERO PRECISO, SEGUN LA MADRE, PARA UNA FAMILIA COMO LA SUYA Y CUANTIA DEL INGRESO FAMILIAR MENSUAL

Intervalo en pesetas	Precisa para una familia como la de la encuestada (N = 360) %	Ingresos mensuales de la familia en cuestión (N = 360) %
De 25.001 a 50.000 pts	1.9	0.3
De 50.001 a 75.000 pts	10.6	3.1
De 75.001 a 100.000 pts	26.4	21.1
De 100.001 a 125.000 pts	21.7	20.8
De 125.001 a 150.000 pts	18.1	20.3
De 150.001 a 175.000 pts	12.5	14.2
De 175.001 a 200.000 pts	6.1	11.4
Más de 200.000 pts	1.1	6.9
No sabe/No contesta	1.7	2.0

IV.1.5. DATOS PSICOAFFECTIVOS

Tabla XXXIII: DATOS DE ACEPTACION DEL EMBARAZO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Deseaba este último embarazo	395				
Si		67			
No		33			
Método anticonceptivo previo al embarazo	395				
Pildora		23			
Preservativo		15			
DIU		4			
Naturales		2			
Otros		2			
Ninguno		54			
Reacción del padre ante el embarazo	393				
Alegre, ilusionado		86.3			
Triste, contrariado		10.7			
Indiferente		2.8			
No se enteró		0.3			
Reacción de la abuela materna ante el embarazo	395				
Alegre		63.3			
Triste, contrariada		20.8			
Indiferente		4.8			
Madre falleció o descon.		9.9			
Otras		1.3			
Valoración materna de la experiencia del último embarazo	395				
Buena		78.7			
Regular		16.5			
Mala		4.8			
Si ha tenido la madre miedos -temores- en el embarazo	395				
Si, sin especificar		1.0			
Niño con problemas		32.4			
Al parto		25.8			
Niño con problemas y parto		6.1			
Otros		4.6			
No, ninguno		30.1			

Tabla XXXIV: EL PARTO DESDE EL PUNTO DE VISTA PSICOAFECTIVO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Si para la madre tener al hijo ha sido, mejor ó peor a como se había imaginado	395				
Mejor		15.7			
Peor		29.9			
Igual		44.3			
No sabe		10.1			
Cómo recuerda la madre la experiencia de este parto: ¿como buena, regular ó mala?	395				
Buena		55.9			
Regular		19.0			
Mala		25.1			
Si pidió anestesia la madre en el parto	395				
Si		21.3			
No		78.7			

Tabla XXXV: FORMACION INICIAL DEL VINCULO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Si dieron a la madre el hijo nada más nacer	395				
Si		81			
No -l madre no recuerda-		19			
Horas entre el nacimiento y el momento en que tuvo la madre al hijo junto a ella permanentemente	395		2.3	6.65	
Tiempo que deseaba la madre tener el hijo en la habibación consigo	395				
Las 24 horas del día		80			
Sólo por el día		17			
Sólo durante las comidas		3			

Tabla XXXVI: DATOS DIVERSOS RELACIONADOS CON LA ACEPTACION DEL NIÑO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Hijos que la madre desea tener, en total:	360		2.2	0.72	
Sexo del hijo que dice -tras el nacimiento- preferir la madre	395				
Lo que han tenido		74			
Lo contrario		15			
Les resulta indiferente		11			
Parecido del hijo, según la madre	395				
Al padre		33.9			
Hermanos		22.3			
A ella		13.7			
Abuelos paternos		2.3			
Otros maternos		2.3			
Abuelos maternos		1.3			
Otros paternos		1.0			
Otros		0.3			
Nadie, no sabe		23.0			
Momento en que decidió el nombre del niño	395				
Antes del parto		76.2			
Después del parto		23.8			
Expectativas de cambio familiar, para la madre:	395				
Completamente cambiada		1.5			
Bastantes cambios		11.4			
Algunos cambios		54.4			
No, ningún cambio		32.7			
Preferencia paterna del sexo del hijo:	393				
Lo que ha tenido		63.9			
Lo otro		25.7			
Indiferente		10.4			

Tabla XXXVII: OPINION MATERNA SOBRE EL POSIBLE DETERIORO DE LA BELLEZA POR TENER UN HIJO O POR DAR EL PECHO

Posible deterioro	Por tener un hijo (N = 393) %	Por dar el pecho (N = 392) %
No se deteriora	69	78
Si, pero es recuperable	21	10
Si se deteriora	10	12

Tabla XXXVIII: ASPECTOS AFECTIVOS DE LA LACTANCIA MATERNA

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Si disgusta a la madre -3ª enc.- ser vista amamantando al hijo:	317				
No		43.5			
Depende		30.3			
Si		26.2			
Lugar donde prefiere la madre dar el pecho:	315				
En casa sin retraimiento		55.6			
En cualquier lugar		36.5			
En casa discretamente		7.6			
Otros		0.3			
Si considera cómo una obligación de la madre dar el pecho:	360				
Si		49.4			
No		29.4			
Depende		21.2			
Habitación donde dormía el niño en el momento de la 4ª encuesta:	360				
Dormitorio padres		88.3			
Cuarto sólo		6.7			
Cuarto con hermanos		4.4			
Con otros -abuela, etc.-		0.6			
Meses a los que el niño fué sacado del dormitorio de los padres:	40		3.3	1.76	

Mientras se encontraban en casa -4ª enc.-, mencionaron 2 sitios donde dejaban al hijo, 145 madres -tabla XXXIX-.

Tabla XXXIX: DONDE SOLIA LA MADRE DEJAR AL HIJO DE, APROXIMADAMENTE, 6 MESES MIENTRAS SE ENCONTRABA EN LA CASA

Ubicación del hijo	nº	% sobre 360 mad.
Cochecito	283	78.6
Cuna	126	35.0
Parque	57	15.8
Otras	20	5.6
Suelo	12	3.3
Lo lleva a cuestas	7	1.9

Tabla XL: RELACIONES CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Si notó la madre cambio de conducta en otros hijos por la presencia del pequeño -2ª enc.-:	213				
Si		70.9			
No, no observado		29.1			
Si cambió comportamiento -3ª enc.- de los hermanos al nacer el pequeño:	216				
Si, algunos cambios		48.6			
Si, bastantes		22.2			
Ninguno		21.3			
Casi ninguno		7.9			
Si considera la madre raro ó frecuente que los niños tengan celos de hermanos pequeños:	360				
Frecuente		91.9			
Raro		4.7			
No sabe		3.3			

IV.1.6. DATOS SANITARIOS, EDUCACION Y CULTURA SANITARIAS

Tabla XLI: DATOS DE SALUD MATERNOS

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Salud general materna, según datos de la Hª clínica:	395				
Resp.-Alergia-ORL	62	15.7			
Ginecol.-Obstétricos	45	11.4			
Digestivos	35	8.9			
Inesp.-Miscelánea	16	4.9			
Nefro-urológicos	14	3.5			
Metabol.-Endocrinos	14	3.5			
Neurol.-Sentidos	12	3.0			
Dermatológicos	8	2.0			
Psíquicos	3	0.8			
No patología	235	59.5			
Datos de salud dental materna:					
Piezas restauradas	395		2.4	4.48	0-28
Piezas extraídas	395		2.2	2.85	0-28
Asistencia a curso de preparación al parto en este embarazo:	395				
Asistieron		22			
No asistieron		78			
Asistencia al curso completo:	82				
Si		78.0			
No		22.0			
Asistencia a curso de preparación al parto con anterioridad:	237				
Si		17.3			
No		82.7			
Asistencia a curso de preparación al parto en éste u otros emba- razos anteriores:	395				
Si		28.1			
No		71.9			

Tabla XLII: DATOS DE PUERICULTURA

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Vacunas puestas hasta la entrevista del 6º mes:	360		1.8	0.48	
Origen de la asistencia pediátrica hasta 6º mes:	364				
Centro de Salud INSALUD		41.5			
Consultorio INSALUD		31.9			
Privado, Sociedad		25.8			
Ninguno		0.8			
Si daba regularmente vitaminas al niño:	360				
Si		94.2			
No		5.8			

Tabla XLIII: HABITO TABAQUICO DEL PADRE

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Si el padre fumaba:	386				
Si		70			
No		30			
Cigarrillos/día de los padres fumadores:	270		20.9	10.09	

IV.1.7. REFERENCIAS, CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA

Tabla XLIV: REFERENCIAS DE LACTANCIA EN LA FAMILIA MATERNA

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Hermanos de la madre encuestada:	395		4.3	2.01	
Hijos criados al pecho por la abuela materna:	369		4.0	2.14	
Posición de la madre entre sus hermanos:	395				
Mayor		28.6			
Intermedia		43.0			
Menor		26.8			
Única		1.5			
Tiempo que recibieron LM las madres del estudio:	389				
Menos de 3 meses		4.6			
De 3 a 6 meses		9.3			
Más de 6 meses		48.1			
No tomó pecho		7.7			
No sabe, no recuerda		30.3			

Tabla XLV: ANTECEDENTES DE LACTANCIA DE HIJOS ANTERIORES AL ACTUAL

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Cómo resultó la LM del 1º hijo:	235				
Bien		50.6			
Regular		12.8			
Mal		20.4			
No le dió pecho		16.2			
Si resultó mal ó no dió pecho al 1º hijo, ¿por qué motivos fué?:	113				
Nota.-Dan 2 motivos 10 madres					
Centrados en el hijo:					
Motivos soc.cul.hijo	52	46.0			
LM insuf.-M.soc.cul.mad.	30	26.5			
Motivos médicos hijo	7	6.2			
Centrados en la madre:					
Motivos médicos mad.	20	17.7			
Motivos.soc.cul.mad.	6	5.3			
Rechazo-M.soc.cul.mad.	6	5.3			
Motivos.soc.cul.hij.	1	0.9			
Otras razones	1	0.9			
Meses de LM de los hijos anteriores:					
Nota: variable discreta en meses y si es menos de 1 mes => cero.					
1ºhijo	215		3.04	3.53	
2ºhijo	73		3.05	3.24	
3ºhijo	14		3.35	3.31	
4ºhijo	4		4.50	5.91	
Hijos anteriores de las madres encuestadas que tomaron LM \geq 1 mes:					
1º hijo	215	56.7			
2º hijo	73	61.6			
3º hijo	14	42.8			
4º hijo	4	50.0			

Tabla XLVI: PREFERENCIA QUE SEGUN LA MADRE TIENEN MEDICOS Y ENFERMERAS DEL TIPO DE LACTANCIA

Profesional	N	L.Materna	Biberón	No sabe
Médicos	395	87.3%	--	12.7%
Enfermeras	395	89.6%	0.3%	10.1%

Tabla XLVII: REFERENCIA DE LA LACTANCIA EN EL ENTORNO FAMILIAR

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Tipo de lactancia que predomina en entorno, según la madre:	395				
Predomina LM		56			
Predomina biberón		32			
Predomina L.mixta		4			
No sabe		8			
Tipo de lactancia que, según la madre, prefiere el padre del niño:	394				
Lactancia al pecho		79			
Biberón		2			
Indistinto		7			
No opina ó, no sabe ♀		12			
Cómo da el biberón el padre, según la mujer:	393				
No sabe, no se ocupa		77			
Bien		20			
Regular		2			
Mal		1			
Meses de LM que la madre aconsejaría a una amiga:	392		5.2	2.81	2-24

Tabla XLVIII: MOTIVOS DE LA PREFERENCIA DEL TIPO DE LACTANCIA QUE SEÑALABA EL PADRE DEL NIÑO, SEGUN LA MUJER

Motivo señalado	nº	% (sobre 341)
Conveniencia niño-Motivos sanitarios	280	82.1
Marido no sabe ó no opina	48	14.1
Conveniencia familiar-M.sociocultural.	30	8.8
Lo desconoce la madre	18	5.3

Nota: 35 madres dan un 2º motivo.

Tabla XLIX: CONOCIMIENTOS DIVERSOS DE LA MADRE SOBRE LA LACTANCIA

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Tipo de lactancia que la madre considera mejor:	394				
Pecho		98.7			
Biberón		0.8			
Igual ambas		0.5			
Preparación de las mamas en el embarazo:	395				
Ninguna preparación		62.3			
Crema y aceites		31.1			
Masajes o estimulación		1.8			
Alcohol		3.3			
Otros		1.5			
Si dar el pecho tiene más ventajas o inconvenientes que el biberón, según la madre:	394				
Sólo ventajas		22.1			
Más ventajas		73.4			
Más inconvenientes		2.0			
Sólo inconvenientes		0.3			
No sabe		2.3			
Momento en que decidió la madre el tipo de lactancia:	393				
Antes del embarazo		67.2			
Durante embarazo		20.1			
Tras parto		12.7			
Qué hijo se adaptó mejor al pecho ¿el actual o el anterior?:	236				
Niño actual		46			
El mayor		11			
Ambos		34			
Ninguno		9			
Influencia que, según la madre, tiene dar el pecho sobre el riesgo de embarazo:	360				
No influye		70.3			
Disminuye		7.8			
Desaparece el riesgo		0.3			
No sabe		21.7			

¿De qué depende -1ª enc- que dé el pecho la madre -n = 386- a su hijo el tiempo que señala?. Dan un 2º motivo 50 madres y dan un 3º motivo 2 madres -tabla L-.

Tabla L: MOTIVOS DE LOS QUE, SEGUN LA MADRE, DEPENDIA QUE DIESE LACTANCIA EL TIEMPO QUE ELLA SEÑALABA EN LA 1ª ENCUESTA

Motivos	nº	% (sobre 386)

Centrados en el hijo:		
Motivos médicos	235	60.9
Motivos sociocult.	111	28.7
Fracaso anterior	1	0.3
Centrados en la madre:		
Motivos sociocult.	58	15.0
Motivos médicos	17	4.4
Rechazo LM (mínima razón)	10	2.6
Fracaso anterior	5	1.3
Otros	1	0.3

Ventajas de lactancia materna según las madres encuestadas - n = 394-. Señalan una 2ª ventaja 197 madres -tabla LI-.

Tabla LI: VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA SEGUN LAS MUJERES ENCUESTADAS

Ventajas señaladas por las madres	nº	% sobre 394 mad.	% sobre 591 motiv.

Ventajas niño-Sanitarias madre/hijo	417	106.0	70.6
Ventajas madre-Socioculturales	163	41.4	27.6
Ventajas madre-Sanitarias madre/hijo	3	0.8	0.5
No ventajas o no sabe	8	2.0	1.4

Inconvenientes de lactancia materna según las madres encuestadas -n = 394-. Dan un 2º inconveniente 11 madres -tabla LII-.

Tabla LII: INCONVENIENTES DE LA LACTANCIA MATERNA, SEGUN LAS MUJERES ENCUESTADAS

Inconvenientes que señalan las madres	nº	% sobre 394 mad.
Inconvenientes niño-Sanitarios niño	12	3.0
Inconvenientes niño-Sanitarios madre	1	0.3
Inconvenientes madre-Incomodidad madre	111	28.2
Inconvenientes madre-Sanitarios madre	30	7.6
Inconvenientes madre-Sanitario niño	2	0.5
Inconvenientes madre-Estéticos	2	0.5
No inconvenientes o no sabe	246	62.4

Influencias en la decisión del tipo de lactancia de la madre -n = 393-. Una 2ª influencia es señalada por 63 madres -tabla LIII-.

Tabla LIII: INFLUENCIAS QUE LA MADRE REFERIA EN SU DECISION SOBRE EL TIPO DE LACTANCIA ADOPTADO

Personas que influyen	nº	% sobre 393 mad.
Ella misma	382	97.2
Marido	45	11.5
Abuela	25	6.4
Hermana, vecina, amiga	2	0.5
Médico general	1	0.3
TV, radio	1	0.3

Tabla LIV: CONOCIMIENTO DE LA MADRE DE, AL MENOS, UN TIPO DE LECHE COMERCIAL PARA LACTANTES

Momento considerado	N	Si conoce	No conoce
2ª enc. (10ºd)	363	77.7%	22.3%
3ª enc. (3ºm)	149	91.9%	8.1%

Tabla LV: EXISTENCIA DE BOTES DE LECHE ARTIFICIAL EN EL DOMICILIO

Momento considerado	N	Si tiene	No tiene
2ª enc. (10ºd)	361	26.3%	73.7%
3ª enc. (3ºm)	149	63.1%	36.9%

Tabla LVI: USO DE CHUPETE DEL HIJO ACTUAL

Momento considerado	N	Si usa	No usa
2ª enc. (10ºd)	394	59.1%	40.9%
3ª enc. (3ºm)	368	66.6%	33.4%

Si las madres utilizan leche de fórmula (biberón sólo o lactancia mixta), la forma de dar la leche es: 1ª, biberón y 2ª, cuchara -tabla LVII-.

Tabla LVII: MODO DE ADMINISTRAR LA LECHE ARTIFICIAL CUANDO ESTA ES UTILIZADA

Momento considerado	N	En biberón	Con cuchara
2ª enc. (10ºd)	88	99 %	1 %
3ª enc. (3ºm)	95	94.7%	5.3%

Si la lactancia materna ha sido retirada por completo ó está siéndolo, ¿a qué se debe?:

Al 10º día (N = 91) -tabla LVIII- dan un 2º motivo 8 madres.

Al 3º mes (N = 248) -tabla LIX- dan un 2º motivo 89 madres.

Al 6º mes (N = 92) -tabla LX- dan un 2º motivo 12 madres.

Tabla LVIII: MOTIVOS ARGÜIDOS POR LAS MADRES PARA LA RETIRADA DE LM CUANDO ESTA SE PRODUJO ANTES DEL 10º DIA DE VIDA

Motivos indicados	nº	% sobre 91 mad.
Inconvenientes niño-Sanitarios niño	64	70.3
Inconvenientes niño-Otras situaciones	5	5.5
Inconvenientes niño-Indicación médica	3	3.3
Inconvenientes madre-Sanitarios madre	15	16.5
Inconvenientes madre-Incomodidad madre	4	4.4
Inconvenientes madre-Otras situaciones	4	4.4
Inconvenientes madre-Indicación médica	2	2.2
Padre quiere participar dando biberón	2	2.2

Tabla LIX: MOTIVOS ARGÜIDOS POR LAS MADRES PARA LA RETIRADA DE LM CUANDO ESTA SE PRODUJO ENTRE EL 10º DIA Y EL 3º MES DE VIDA

Motivos indicados	nº	% sobre 248 mad.
Prob.niño - Sanitarios hijo	137	55.2
Retirada de leche - Sanitarios hijo	85	34.3
Gana niño mal de peso - Sanitarios hijo	30	12.1
Prob. niño - Indicación médica	43	17.3
Razón materna - Prob.laborales	15	6.0
Razón materna - Sanitarios madre	16	6.5
Razón materna - Incomodidad madre	8	3.2
Razón materna - Sanitarios hijo	1	0.4
Razón materna - Otras situaciones	1	0.4
Celos hermano - Otras situaciones	1	0.4

Tabla LX: MOTIVOS ARGÜIDOS POR LAS MADRES PARA LA RETIRADA DE LM CUANDO ESTA SE PRODUJO ENTRE EL 3º Y 6º MES DE VIDA

Motivos indicados	nº	% sobre 92 mad.
Hambre, Hipogalactia-Mot. sanitarios hijo	40	43.5
Problemas hijo-Motivos sanitarios hijo	13	14.1
Gana peso mal-Motivos sanitarios hijo	12	13.0
Problemas hijo-Indica médico	9	9.8
Problemas hijo-Motivos sanitarios madre	4	4.3
Problemas madre-Laborales madre	12	13.0
Problemas madre-Otros socioculturales	9	9.8
Problemas madre-Incomodidad madre	3	3.3
Problemas madre-Estéticos	1	1.1
Problemas madre-Motivos sanitarios madre	1	1.1

Tabla LXI: MEDIDAS HIGIENICAS EN LA PREPARACION DE BIBERONES

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Procedimiento empleado por la madre para la esterilización de los biberones:	368				
Hirviendo todo		81.8			
Milton ó similar		13.0			
Lava con agua y jabón		2.2			
Hierve botella		0.5			
Ninguna forma		1.4			
Procedencia del agua de bebida del niño:	365				
Hervida -grifo/mineral-		84.4			
Embotellada sin hervir		13.2			
Del grifo, sin más		2.3			

IV.1.8. INICIO Y EVOLUCION DE LA LACTANCIA

Tipo de lactancia al nacimiento -n = 395-: En el momento de la primera encuesta iniciaron LM 90.6% de los niños, de ellos, 83.3% LM exclusiva y 7.3% lactancia mixta -en 'espera de subida' de leche-. El 9.4% restante -37 casos- iniciaron lactancia artificial (LA) exclusiva.

Tabla LXII: TIPO DE LACTANCIA EN EL MOMENTO DE LAS DISTINTAS ENCUESTAS

Momento observado	N	LM	L Mixta			LA
		exclusiva %	Supl.ocas. %	Supl.reg. %		%
1ª enc. (RN)	395	83.3	<-- 7.3	-->		9.4
2ª enc. (10ºd)	394	77	7	- 3		13
3ª enc. (3ºm)	368	21.1	4.6	- 14.1		60.1
4ª enc. (6ºm)	353	3.1	3.4	- 9.6		84

Horas que tardó en ponerle por primera vez al pecho desde el nacimiento -n = 366-. (Nota: se consideró intervalos de hora en hora). La moda comprendió la 1ª hora de vida. El valor máximo fué a las 72 horas, la media = 5.95 horas y la desviación típica = 9.48 horas. El 7 % de las 395 madres no lo intentaron.

Tabla LXIII: PREVISION Y DURACION REAL DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS CASOS DEL ESTUDIO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Meses previstos para LM por la madre:					
1ª enc. (RN)	362		4.7	2.66	0-24
2ª enc. (10ºd)	342		5.4	3.04	2-24
3ª enc. (3ºm)	146		5.9	2.36	3-22
4ª enc. (6ºm)	56		8.4	2.10	6-12
Meses efectivos de LM:					
Periodo del estudio	354		3.3	2.72	
Retiró LM entre 1ª enc - 2ª enc	13				
Retiró LM entre 2ª enc - 3ª enc	174		1.5	0.76	
Retiró LM entre 3ª enc - 4ª enc	90		4.4	0.92	

Tabla LXIV: EVOLUCION MENSUAL DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS CASOS DEL ESTUDIO

Duración de la LM en las madres del estudio -n = 354-:

Tiempo en meses	%	% disminución
		100.0
> 0.1 a < 1	26.0	74.0
≥ 1 a < 2	20.6	53.5
≥ 2 a < 3	13.8	39.3
≥ 3 a < 4	11.3	28.3
≥ 4 a < 5	6.8	21.5
≥ 5 a < 6	9.0	12.5
≥ 6	12.5	0.0

Tabla LXV: INICIO DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL EN LOS CASOS DEL ESTUDIO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Mes de inicio de LA:					
A lo largo del estudio	346		1.5	1.40	
Desde 2ª enc - 3ª enc	203		1.5	0.82	
Desde 3ª enc - 4ª enc	45		4.3	0.80	

Tabla LXVI: EVOLUCION MENSUAL DE LA LACTANCIA ARTIFICIAL EN LOS CASOS DEL ESTUDIO

Mes de inicio de LA -n = 346:

Tiempo en meses	%	% acumulado
> 0.1 a < 1	50.0	50.0
≥ 1 a < 2	25.1	75.1
≥ 2 a < 3	13.0	88.2
≥ 3 a < 4	5.8	93.9
≥ 4 a < 5	4.6	98.6
≥ 5 a < 6	1.4	100.0

Tabla LXVII: DATOS DIVERSOS DE LA EVOLUCION DE LA LACTANCIA EN LOS NIÑOS EN SEGUIMIENTO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Día tras el parto en que, según la madre, se produce la "subida de leche":	357		2.6	0.81	
Lactancia a demanda ó mediante horario fijo, los primeros días:	394				
A demanda		51			
Según norma horaria		42			
De ambos modos		7			
Cómo se cogía al pecho el niño los primeros días de vida:	341				
Si, en general		95.3			
Regular, le cuesta		4.4			
No se coge bien		0.3			
Tomas de pecho al día:					
2ª enc. (10ºd)	341		7.4	1.37	
3ª enc. (3ºm)	147		5.3	1.42	
4ª enc. (6ºm)	57		3.9	1.55	
Horas mínimas y máximas de pausa nocturna:					
2ª enc. (10ºd)					
mínimo	393		2.9	0.80	
máximo	392		4.3	1.21	
3ª enc. (3ºm)					
mínimo	368		6.8	1.74	
máximo	368		7.8	2.02	

Tabla LXVIII: MODALIDAD DE LM A UNO O DOS PECHO

Momento considerado	N	Dos pechos %	Depende %	Un pecho %
2ª enc. (10ºd)	341	92.4	4.7	2.9
3ª enc. (3ºm)	147	93.9	1.4	4.8
4ª enc. (6ºm)	57	91.2	---	8.8

Tabla LXIX: MINUTOS AL PECHO EN LAS TOMAS

Momento considerado	N	Primer pecho		N	Segundo pecho	
		media	d.típica		media	d.típica
2ª enc. (10ºd)	341	10.9	3.35	334	10.2	3.71
3ª enc. (3ºm)	147	7.2	4.21	139	8.7	4.28
4ª enc. (6ºm)	56	7.1	3.36	51	6.7	3.23

Empezaba las tomas -2ª encuesta- por el mismo pecho -n = 341- sólo en 7% de madres. El 93% restante empezaba por el último pecho de la toma anterior.

Tabla LXX: CRISIS DE LACTANCIA CON RELACTACION POSTERIOR

Periodo considerado	N	Si crisis	No crisis
		%	%
Desde 1ª enc - 2ª enc	337	3.0	97.0
Desde 2ª enc - 3ª enc	316	0.3	99.7

En 7 de los casos de crisis de lactancia hasta el 10º día de vida del niño, la duración de la crisis fué en 5 casos de 1 día, y en los otros 2 fué de 2 y 3 días, respectivamente.

Los motivos de la crisis de lactancia fueron en porcentajes similares:

Falta de leche-Sanitarios maternos
Problema niño-sanitario hijo
Problema madre-Sanitario madre

Tabla LXXI: EN CASO DE LACTANCIA MIXTA, MOMENTO DE LA TOMA EN QUE SE ADMINISTRABA LECHE DE FORMULA EN RELACION CON EL PECHO

Momento considerado	N	Después	Antes	Combinación	Sust.
		de pecho	de pecho	anteriores	toma
		%	%	%	%
2ª enc. (10ºd)	45	77.8	2.2	4.4	15.6
3ª enc. (3ºm)	138	25.4	5.1	10.1	59.4
4ª enc. (6ºm)	22	13.6	22.7	13.6	50.1

IV.1.9. DATOS DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

El momento de inicio de la alimentación complementaria (beikost) -n = 367- es como media de 4.16 meses y desviación típica de 1.05 meses.

Tabla LXXII: EVOLUCION MENSUAL DEL INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA EN LOS CASOS DEL ESTUDIO

Tiempo en meses	%	% acumulado
< 1	0.5	0.5
≥ 1 a < 2	5.4	6.0
≥ 2 a < 3	18.0	24.0
≥ 3 a < 4	29.2	53.1
≥ 4 a < 5	33.8	86.9
≥ 5 a < 6	12.8	99.7
≥ 6	0.3	100.0

Tabla LXXIII: MES DE INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y PERSONA QUE LO ACONSEJO

media (mes)	d.típ. (mes)	alimento	casos nº	Madre %	Sanitario %	Farmacia %
4.2	1.03	Harina sin gluten	326	28.5	71.2	0.3
4.5	1.39	Miel	37	100		
4.7	0.89	Azúcar	44	97.7	2.3	
4.88	0.76	Fruta	305	20.7	79.3	
4.9	0.82	Leche entera	8	75	25	
5.04	0.81	Harina con gluten	99	74.7	23.2	2
5.18	0.61	Sal	111	97.3	2.7	
5.28	0.65	Patata	238	18.9	80.7	0.4
5.29	0.66	Verduras	248	19.8	80.2	
5.3	0.62	Carne	207	24.2	75.8	
5.3	0.64	Yogourt	42	88.1	11.9	
5.37	0.56	Pescado	72	52.8	47.2	
5.5	0.65	Petit-suisse	28	85.7	14.3	
5.9	1.20	Huevo	7	71.4	28.6	
6.0	2.82	Legumbres	2	100		

Tabla LXXIV: INGESTA DE ALIMENTOS EN EL MOMENTO DE LA 4ª ENCUESTA, INDICANDO SU FRECUENCIA EN LA DIETA DEL LACTANTE

Tipo de alimento	casos nº	1 por semana %	varias en semana %	1 al día %	>1 al día %
Fruta.....	305	0.7	1.6	97	0.7
Verduras.....	248	0.4	2	97.2	0.4
Patata.....	238	0.4	3	96.6	0
Harina sin gluten.	326	1.6	0.7	19.3	78.4
Harina con gluten.	99	1	1	61.6	36.4
Huevo.....	7	42.9	14.3	42.9	0
Pescado.....	72	6.9	29.2	63.9	0
Carne.....	207	1	10.1	88.4	0.5
Leche entera.....	8	0	0	37.5	62.5
Yogourt.....	42	14.3	38.1	47.6	0
Petit-suisse.....	28	17.9	42.9	39.3	0
Legumbres.....	2	50	50	0	0
Miel.....	37	13.5	10.8	62.2	13.5
Azúcar.....	44	2.3	6.8	79.5	11.4
Sal.....	111	0.9	2.7	96.4	0

IV.1.10. DESARROLLO SOMATOMETRICO Y PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS

Todos los niños procedían de partos tras embarazos a término.

Tabla LXXV: DETERMINACION DE pH ARTERIAL Y VENOSO DEL RN EN SANGRE DE CORDON

Lugar toma de muestra	N	media	d.típica
pH Arteria	386	7.29	0.05
pH Vena	371	7.35	0.05

Tabla LXXVI: PUNTUACIONES DEL TEST DE APGAR AL MINUTO Y LOS CINCO MINUTOS DE VIDA DEL RN

Tiempo de vida	N	media	d.típica
Un minuto	394	8.72	1.04
Cinco minutos	394	9.95	0.25

Tabla LXXVII: EVOLUCION DEL PESO -gr- DE LOS LACTANTES SEGUIDOS EN EL ESTUDIO

Momento de la pesada	N	media	d.típica
De RN	395	3269.0	407.92
Alta de hospital	361	3141.3	375.38
10º día de vida	365	3421.1	412.80
3ª encuesta (3º mes)	368	5945.3	681.76
4ª encuesta (6º mes)	360	7669.0	862.70

Nota.- Doce de los RN pesaron entre 2200 y 2500 gr.

Tabla LXXVIII: EVOLUCION DE LA TALLA -cm- DE LOS LACTANTES DEL ESTUDIO

Momento del tallaje	N	media	d.típica
De RN	389	49.87	1.97
3ª encuesta (3º mes)	367	60.80	3.09
4ª encuesta (6º mes)	359	67.10	2.68

Tabla LXXIX: EVOLUCION DEL PERIMETRO CEFALICO -cm- DE LOS LACTANTES DEL ESTUDIO

Momento de la medición	N	media	d.típica
De RN	385	34.5	1.35
10º día de vida	357	35.3	1.11
3ª encuesta (3º mes)	365	40.8	2.53
4ª encuesta (6º mes)	360	43.6	1.87

Frecuencia de datos relativos al desarrollo madurativo:

- 3ª encuesta (n = 369), se observa en tabla LXXX.
- 4ª encuesta (n = 359), se observa en tabla LXXXI.

Tabla LXXX: DATOS DEL DESARROLLO MADURATIVO DEL NIÑO AL 3º MES

Hito	A menudo %	A veces %	Casi nunca %	Nunca %
Ríe	95.4	3.5	1.1	0
Sujeta la cabeza	77.0	19.2	3.3	0.5
Protesta si deja sólo	44.4	24.1	22.2	9.2
Llevar objetos a boca	91.9	6.5	1.4	0.3

Tabla LXXXI: DATOS DEL DESARROLLO MADURATIVO DEL NIÑO AL 6º MES

Hito	A menudo %	A veces %	Casi nunca %	Nunca %
Sonrie ante el espejo	76.7	12.2	5.7	5.4
Emite sonidos	21.2	21.2	40.1	17.5
Protesta si dejan sólo	62.4	23.1	10.6	3.9
Lleva objetos a la boca	98.9	0.3	0.8	--

Tabla LXXXII: PERCENTILES DE PESO DE LOS NIÑOS DEL ESTUDIO EN LA 3ª y LA 4ª ENTREVISTAS

Percentil de peso	3ª entrevista (N = 369)	4ª entrevista (N = 360)
< P3	5.2 %	2.2 %
P3 - P25	28.0 %	32.2 %
> P25 - P75	55.2 %	51.5 %
> P75 - P97	10.3 %	12.5 %
> P97	1.4 %	1.9 %

Tabla LXXXIII: PERCENTILES DE TALLA DE LOS NIÑOS DEL ESTUDIO EN LA 3ª Y LA 4ª ENTREVISTAS

Percentil de talla	3ª entrevista (N = 367)	4ª entrevista (N = 360)
< P3	--	--
P3 - P25	15.5 %	18.6 %
> P25 - P75	43.6 %	43.9 %
> P75 - P97	31.3 %	29.4 %
> P97	9.5 %	8.1 %

Erupción dentaria, en el momento de la 4ª encuesta -n = 360- se ha producido en 79 niños. La media es de 4.8 meses y la desviación típica es 0.80 meses.

Tabla LXXXIV: ERUPCION DEL PRIMER DIENTE DE LOS NIÑOS EN SEGUIMIENTO

mes	frec.	porcentaje	porcentaje acumulado
2	1	1.3	1.3
3	3	3.8	5.1
4	17	21.5	26.6
5	46	58.2	84.8
6	12	15.2	100.0

Tabla LXXXV: HALLAZGOS A LA EXPLORACION DE LOS LACTANTES EN LAS 2ª, 3ª Y 4ª ENTREVISTAS

Hallazgos exploratorios	2ª enc. (N=394) % (*)	3ª enc. (N=369) %	4ª enc. (N=360) %
Normal	93.0	79.7	79.4
Patología banal, transitoria	6.7	15.0	11.9
Otros (Estudio)	0.3	5.5	6.4
Alt. leve de nutrición/digestiva		1.0	1.1
Dermatitis atópica		0.8	2.8

Nota.- (*) Datos superponibles a los de la exploración al alta de la maternidad del hospital.

IV.1.11. DATOS DE SALUD DEL NIÑO, SEGUN LA MADRE

Tabla LXXXVI: APETITO DEL NIÑO SEGUN LA MADRE

El apetito es	2ª encuesta (N = 394) %	3ª encuesta (N = 369) %	4ª encuesta (N = 359) %
Bueno	99.0	82.7	84.4
Regular	1.0	12.7	11.1
Malo, no come	--	4.6	4.5

Tabla LXXXVII: OPINION MATERNA SOBRE LA ADECUACION O NO DE LA GANANCIA PONDERAL DE SU HIJO

¿Ganancia adecuada o no?	2ª encuesta (N = 394) %	3ª encuesta (N = 369) %	4ª encuesta (N = 359) %
Si	79	85.9	82
No	2	13.6	16
No sabe	19	0.5	2

Preocupaciones maternas sobre la alimentación del hijo -tabla LXXXVIII-:

En la 2ª encuesta -n = 394-, preocupan 2 aspectos sobre la alimentación del hijo a 12 madres. En la 3ª encuesta -n = 368-, preocupan 2 aspectos sobre la alimentación del hijo a 4 madres. En la 4ª encuesta -n = 355-, preocupan 2 aspectos sobre la alimentación del hijo a 1 madre.

Tabla LXXXVIII: ASPECTOS QUE PREOCUPABAN A LAS MADRES SOBRE LA ALIMENTACION DEL HIJO EN LA 2ª, 3ª y 4ª ENCUESTAS

Preocupación referida	2ª enc. % sobre 394 mad.	3ª enc. % sobre 368 mad.	4ª enc. % sobre 355 mad.
Ninguna preocupación	58.9	65.2	81.7
Adecuación cuali-cuantitativa	28.4	21.7	12.4
Problemas digestivos niño	8.6	6.0	1.7
Técnica de alimentación	5.6	7.9	3.9
Otros	1.6	--	0.3 (*)
Si, sin especificar	0.3	0.3	0.3

Nota.- (*) Otros problemas en 4ª encuesta, se refieren a dentición.

Tabla LXXXIX: TEMPERAMENTO DEL HIJO SEGUN LA MADRE

Característica temperamental	2ª encuesta (N = 394) %	3ª encuesta (N = 369) %	4ª encuesta (N = 360) %
Tranquilo	64.5	48.0	41.7
Nervioso	13.0	30.6	35.6
Exigente	13.0	12.7	12.5
Activo	3.6	2.7	7.2
"Llorón"	2.3	3.5	1.9
"Tragón"	2.0	0.3	--
"Dormilón"	0.8	0.3	0.3
Otro	0.8	1.9	0.8

Problemas de salud del niño, según la madre -tablas XC a XCII-:

En la 2ª encuesta -n = 394-, refieren 2 problemas distintos del hijo, en este tiempo, 6 madres.

En la 3ª encuesta -n = 369-, refieren 2 problemas distintos del hijo, desde la encuesta anterior, 70 madres; refieren 3 problemas, 19 madres.

En la 4ª encuesta -n = 360-, refieren 2 problemas distintos del hijo, desde la encuesta anterior, 44 madres; refieren 3 problemas, 5 madres.

Tabla XC: DATOS DE LA SALUD DEL NIÑO, SEGUN LA MADRE, DESDE EL ALTA DE LA MATERNIDAD HASTA EL 10º DIA DE VIDA

Problema referido	nº	% sobre 394 mad.
Ningún problema	334	84.8
Otros-Manejo extrahospital.	22	5.6
Digestivo-Manejo extrahosp.	14	3.6
Respiratorio-M.extrahosp.	12	3.0
Ictericia-M.extrahospital.	9	2.3
Pseudopubertad RN	2	0.6
Exantema-M.extrahospital.	1	0.3
Respiratorio-Ingreso	1	0.3
Otros-Urgencia	1	0.3

Tabla XCI: DATOS DE LA SALUD DEL NIÑO, SEGUN LA MADRE, DESDE EL 10º DIA DE VIDA HASTA EL MOMENTO DE LA 3ª ENCUESTA

Problema referido	nº	% sobre 369 mad.
Ningún problema	139	37.7
Problemas digestivos banales		
- Manejo extrahosp.	106	28.7
Infec.resp.altas;ORL		
- Manejo extrahosp.	53	14.4
Prob. aceptación alimento, estac. peso - M. ext.	32	8.7
Otros - M.extrahosp.	32	8.7
Llanto - M. extrahosp.	15	4.1
Otras infec. - M. extrahosp.	15	4.1
Otros - Estudio	2	0.6
Otras infec. - Estudio	1	0.3
Otros - Urgencia	14	3.8
GEA - Urgencia	13	3.6
Infec.resp.baja - Urgencia	7	1.9
Infec.resp.baja - Ingreso	12	3.2
Otros - Ingreso/Cirugía	7	1.9
GEA, deshidratación - Ingreso	4	1.1
Otras infec. - Ingreso	4	1.1
Prob. aceptación alimento, estac. peso - Ingreso	1	0.3
Invaginación - Ingreso	1	0.3

Tabla XCII: DATOS DE LA SALUD DEL NIÑO, SEGUN LA MADRE, DESDE EL 3º MES DE VIDA HASTA EL MOMENTO DE LA 4ª ENCUESTA

Problema referido	nº	% sobre 360 mad.
Ningún problema	171	47.5
Inf.respir.altas-ORL con manejo extrahospitalario	70	19.4
Problemas digestivos banales con manejo extrahospital.	27	7.5
Infecciones intestinales con manejo extrahospitalario	26	7.2
Infec.respirat.baja-manejo extrah.	18	5.0
Otras infec.-manejo extrah.	12	3.3
Otros-manejo extrah.	12	3.3
Aceptación del alimento-peso estacionario-manejo extrah.	10	2.8
Eccema-manejo extrahosp.	4	1.1
Otros-estudio hospital	2	0.6
Digestivo-estudio hospital.	1	0.3
Infec.respirat.baja-urgencias	14	3.9
Otros-urgencia	8	2.2
Infec.intestinal-urgencias	2	0.6
Infec.respirat.baja-ingreso	5	1.4
Otros-ingreso/cirugía	6	1.7
GEA/deshidratación-ingreso	3	0.8
Invaginación-ingreso	1	0.3

Tabla XCIII: INFORMACION REFERENTE AL SUEÑO Y LLANTO DE LOS LACTANTES EN SEGUIMIENTO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
¿Qué tal duerme el niño -3ª encuesta-, según la madre, en general?:	369				
Bien		90.5			
Regular		6.2			
Intranquilo, mal		3.3			
¿Se tranquiliza al niño facilmente si llora -3ª enc.-?:	369				
Si		81.8			
Depende		15.2			
No		2.2			
No llora		0.8			
Actitud materna cuando el hijo llora:	369				
Cogerlo		66.4			
Acunarlo sin cogerlo		20.3			
Dejarle llorar		0.8			
Otro		12.5			
¿Interrumpe el llanto el niño cuando lo coge en brazos?:	369				
Si, en general		96.7			
Si, a veces		2.7			
No		0.5			
¿Sufre el niño espasmos del sollozo?:	369				
No, nunca		88.9			
Si, siempre o a veces		11.1			

Motivos que dá la madre para justificar por qué llora su hijo, cuando lo hace -n = 368-: dan 2 motivos distintos 185 madres -tabla XCIV-.

Tabla XCIV: MOTIVOS DE LLANTO DEL NIÑO, SEGUN LA MADRE, REGISTRADOS EN LA 3ª ENCUESTA

Motivo según la madre	nº	% sobre 368 mad.
Hambre	259	70.4
Sueño	130	35.3
Otro	59	16.0
Quiere brazos	45	12.2
Está sucio/húmedo	27	7.3
Quiere jugar	25	6.8
No sabe	7	1.9
Sed	1	0.3

IV.1.12 DATOS DE SALUD DE OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA, SEGUN LA MADRE

Tabla XCV: PROBLEMAS DE SALUD DE LOS OTROS HIJOS, SEGUN LA MADRE

Incidencias/Enfermedades	1º hijo (N =155)	2º hijo (N =66)	3º hijo (N =13)	4º hijo (N =4)
Ningún problema	48.4	65.1	84.6	100
Respiratorio-Alergia-ORL	23.2	13.6	7.7	
Inespecíficas-Miscelanea	9.0	6.0		
Digestivo	8.4	3.0		
Neurológicos-Sentidos	5.8	3.0	7.7	
Nefro-urológico	3.9	3.0		
Dermatológico	1.3	3.0		
Psíquico-Alt.comportamiento	0.6	1.5		
Metabólico-Endocrino	2.6	1.5		

Un 10.6% de las mujeres (N = 360) tuvieron que atender a algún familiar enfermo en los 6 primeros meses de vida del hijo en seguimiento en el estudio.

IV.1.13. DATOS DE SALUD DE LA MADRE, SEGUN ELLA MISMA

Tabla XCVI: DATOS SOMATOMETRICOS DE LAS MUJERES DEL ESTUDIO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Talla materna, en cm, según la madre:	391		159.8	6.17	
Peso habitual materno, -Kg- antes del embarazo:	392		59.2	9.61	39-99
Peso materno al 6º mes postparto -Kg-:	358		61.7	10.43	41-108

Tabla XCVII: HORAS DE SUEÑO QUE PRECISA LA MADRE PARA ENCONTRARSE BIEN Y HORAS QUE REALMENTE DUERME LOS PRIMEROS DIAS TRAS EL NACIMIENTO DEL HIJO

Horas de sueño	N	media	d.típica
Que necesita la madre para encontrarse bien	393	7.98	1.32
Que como mínimo puede la madre dormir	392	4.87	1.13
Que como máximo puede la madre dormir	392	5.91	1.05

Tabla XCVIII: DATOS DEL ESTADO DE ANIMO MATERNO EN EL POSTPARTO INMEDIATO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Estado de ánimo de la madre tras el parto, según ella misma:	394				
Excelente		24			
Bueno		44			
Normal		4			
Variable		26			
Malo		3			
Si ha sentido la madre, en ocasiones, tristeza y ganas de llorar:	394				
No		61			
Si, lloró		21			
Si pero se aguantó		18			

Problemas de salud de la madre, según ella misma -tablas IC y C-:

En la 2ª encuesta -n = 394-, señalan 2 problemas distintos 9 madres.
 En la 3ª encuesta -n = 368-, señalan 2 problemas distintos 6 madres.
 En la 4ª encuesta -n = 360-, señalan 2 problemas distintos 2 madres.

Tabla IC: PROBLEMAS DE SALUD QUE REFIERE LA MADRE TRAS EL PARTO DESDE EL ALTA EN MATERNIDAD HASTA EL 10º DIA -2ª encuesta-.

Problema de salud	nº	% sobre 394 mad.
Ningún problema	309	78.4
Infección probable	43	11.0
En relac. embarazo-parto	24	6.1
Otros	14	3.6
Problema de las mamas	13	3.3

Tabla C: PROBLEMAS DE SALUD QUE REFIERE LA MADRE TRAS EL PARTO DESDE EL 10º DIA HASTA LA 3ª ENCUESTA Y DESDE LA 3ª a 4ª ENCUESTA

Problema de salud	3ª encuesta % sobre 368 mad.	4ª encuesta % sobre 360 mad.
No padecimientos	82.3	84.0
Respiratorios, alergia, ORL	7.1	7.2
Diversos, sin especificar	2.4	2.0
Mareos, hipotensión	2.2	0.6
Psíquicos	1.6	4.7
Patología de la mama	1.6	0.3
Nefro-urológicos	1.1	---
Digestivos	0.5	0.3
Trastornos de la menstruación	0.5	---
Cefaleas	0.8	0.6
Dolores de espalda	0.8	0.6
Ligadura de trompas	0.3	---
Dermatológicos	---	0.3
Embarazo	---	0.3

Tabla CI: FRECUENCIA DE PROBLEMAS EN LOS PECHOS -n = 320- SEGUN LAS MADRES LACTANTES -3ª ENCUESTA-

Molestia señalada	A menudo %	A veces %	Casi nunca %	Nunca %
Pezones doloridos	3.1	10.6	7.5	78.8
Pezones agrietados	4.7	7.8	16.6	70.9
Pecho lleno y dolorido ...	4.1	15.0	7.5	73.4
Bultos en el pecho	3.1	5.9	7.2	83.8
Mastitis, abscesos	1.3	0.9	2.2	95.6

Tabla CII: DATOS DE ACTIVIDAD OVARICA POSTPARTO

Variable	n	%	media	d.tip.	min-Max
Mes postparto en que la madre ha tenido la 1ª menstruación -4ª enc.-:	332		2.8	1.20	
Si cree la mujer estar actualmente embarazada -4ª enc.-:	359				
No		96.4			
No lo sabe		2.8			
Puede que sí		0.3			
Si, confirmado		0.6 *			

* Entre las encuestadas, 1 mujer refirió estar embarazada desde el 2º mes postparto -16 semanas de gestación en el momento de la 4ª enc.-.

IV.1.14. INCIDENCIAS DE LAS ENCUESTAS DEL ESTUDIO

El total de niños incluidos en la muestra fué 395; de ellos el 50.4% varones y el 49.6% mujeres.

El 98% de los niños cuyas madres fueron encuestadas, nació entre Mayo y Diciembre de 1988, el 2% restante, en Enero de 1989.

Asistencia a las encuestas de seguimiento:

nº casos válidos = 395

Acude a 1ª, 2ª, 3ª y 4ª enc..... 91.1% (360)

Acude a 1ª, 2ª, 3ª enc..... 2.3% (9)

Acude a 1ª, 2ª enc..... 6.3% (25)

Acude a 1ª enc..... 0.3% (1)

En resumen, 35 casos no completaron las 4 encuestas. En estos casos, para valorar si las pérdidas podían afectar la validez de los resultados, se intentó recabar datos de la lactancia mediante encuesta telefónica o en el domicilio familiar. En la tabla CIII se muestra el curso de estos 35 casos que no acudieron a las encuestas en el centro sanitario.

Tabla CIII: CURSO DE LOS CASOS QUE NO ACUDIERON A ALGUNA DE LAS ENCUESTAS DEL ESTUDIO

Encuesta a la que no acudió	N	Datos enc. domicilio	Datos enc. telefónica	Rehusa enc. domic/telef	Caso Ilocal
2ª enc. (10ºd)	1 (*)	-	-	-	100 %
3ª enc. (3ºm)	26	7.7%	61.5%	-	30.8%
4ª enc. (6ºm)	35	11.4%	57.1%	5.7%	25.7%

(*)No acudió tampoco a toma de muestra para el test de metabolopatías congénitas.

De las encuestas no completas se indagan datos mediante encuestadores -a domicilio ó por teléfono-, obteniéndose la siguiente información:

nº casos = 35

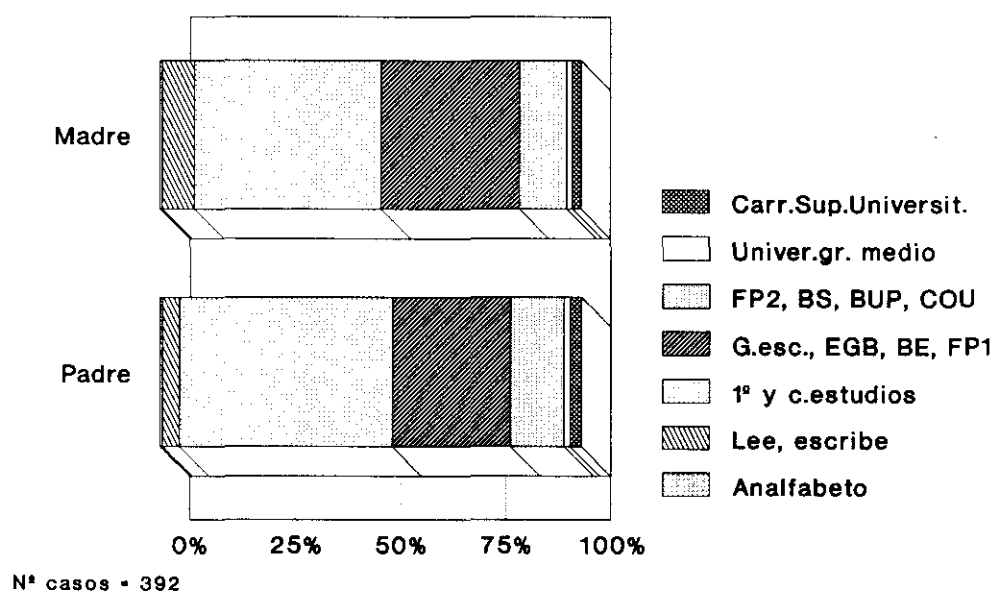
Datos Tfno-domicilio..... 68.6% (24)

Rehusa dar datos..... 5.7% (2)

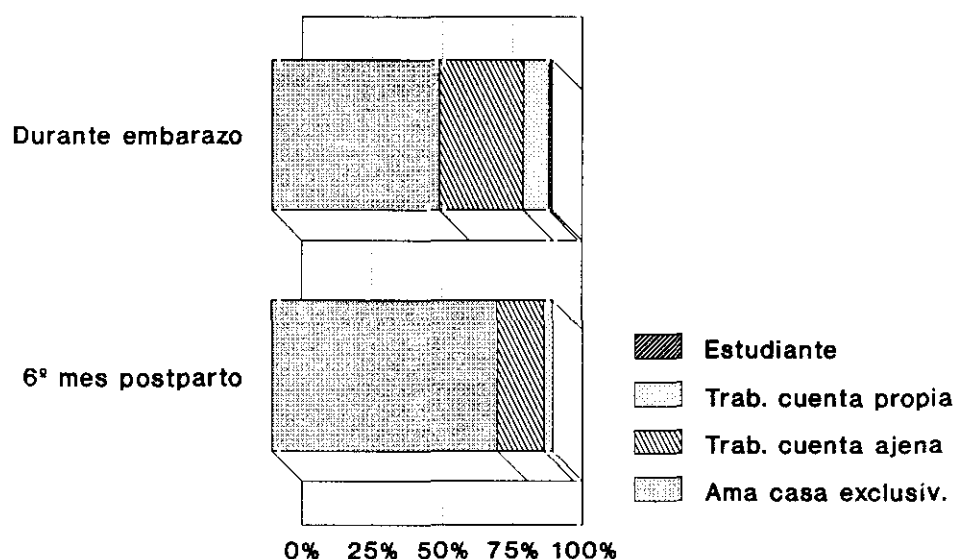
Ilocalizable, sin datos..... 25.7% (9)

En resumen, entre los que rehusan y los casos ilocalizables, de los 395 casos de la muestra inicial, faltan datos concluyentes de la evolución de la lactancia desde el nacimiento, en 11 casos, 2.8% del total.

Gráfica 1.
Nivel de estudios materno y paterno
de los lactantes en seguimiento

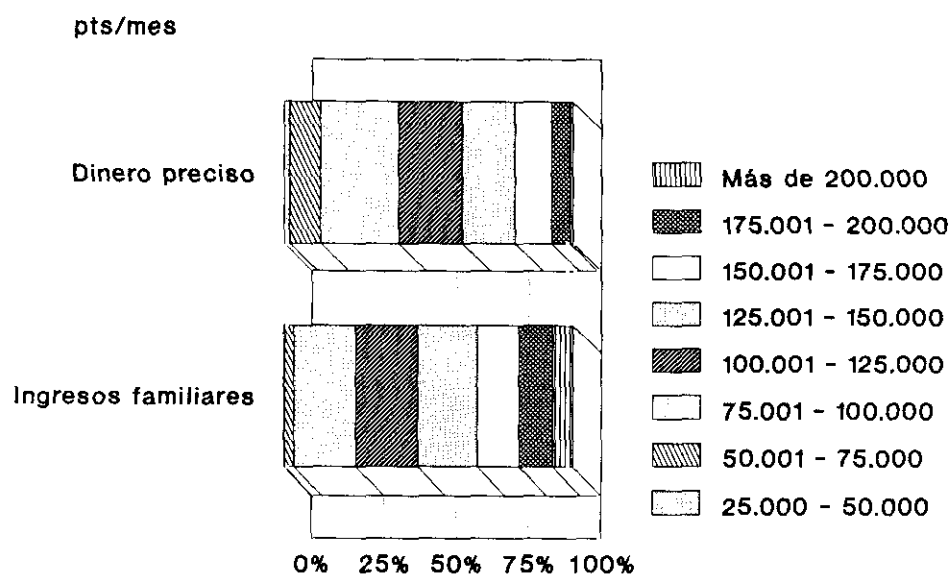


Gráfica 2.
Situación laboral materna durante el
embarazo y al 6º mes postparto



Gráfica 3.

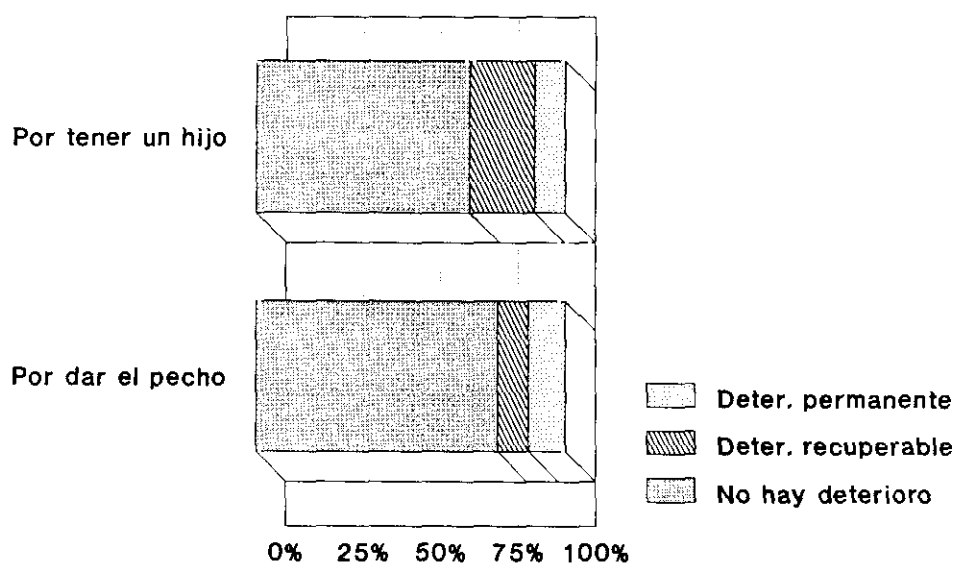
Dinero que indica la madre precisar para una familia como la suya e ingresos/mes



Nº casos = 360

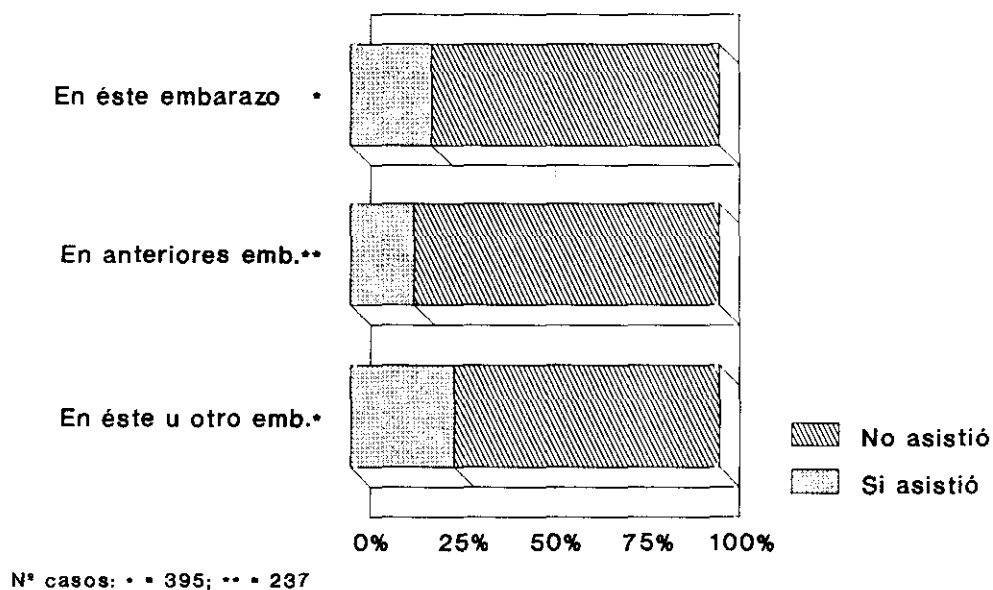
Gráfica 4.

Deterioro estético por tener un hijo o dar de mamar, según las mujeres

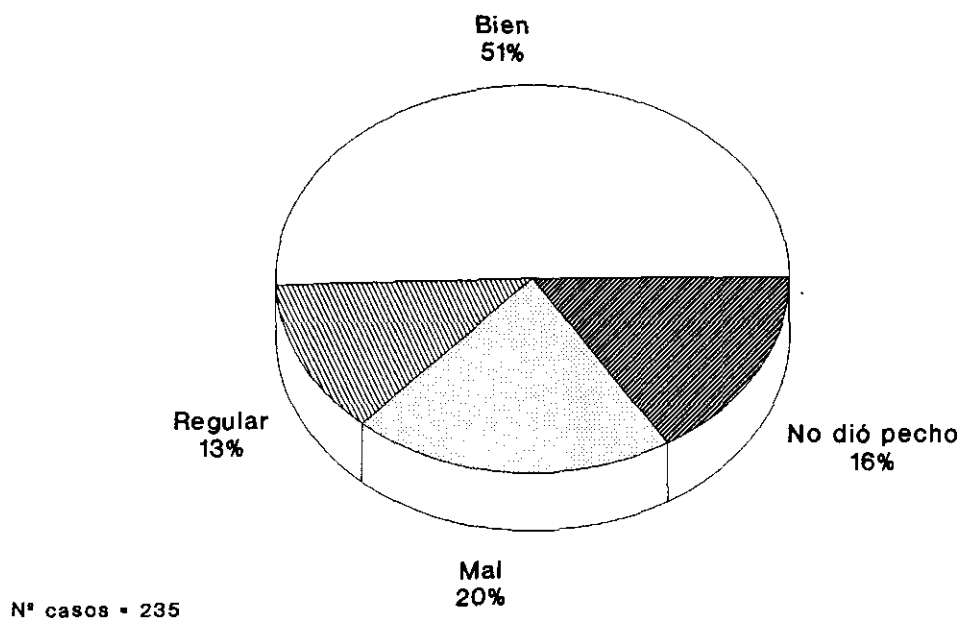


Nº casos = 392

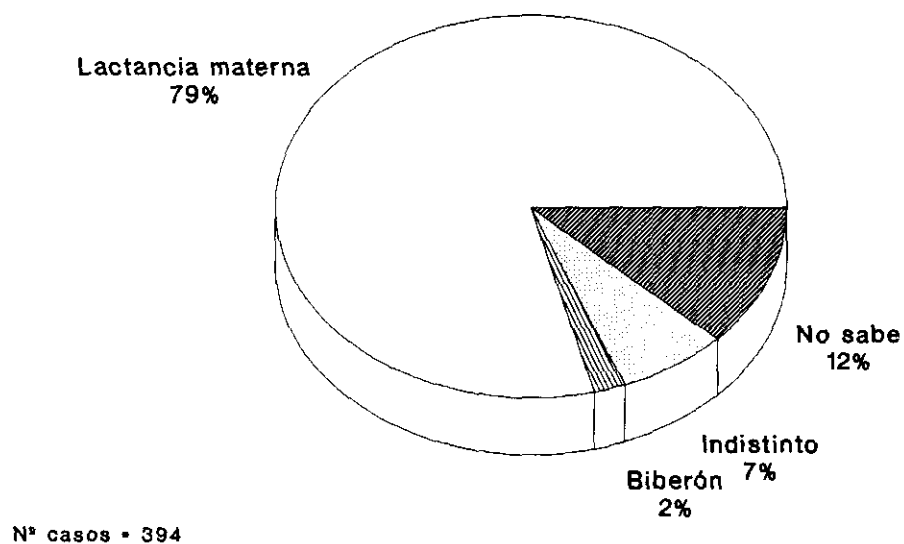
Gráfica 5.
Asistencia de las mujeres del estudio
a cursos de preparación al parto



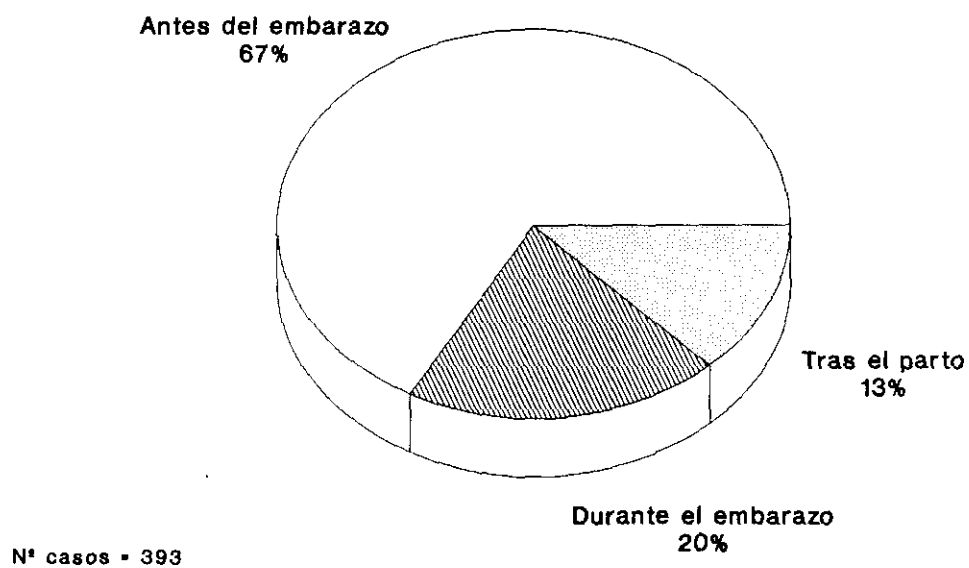
Gráfica 6.
Modo en que resultó la lactancia
del primer hijo, según la madre



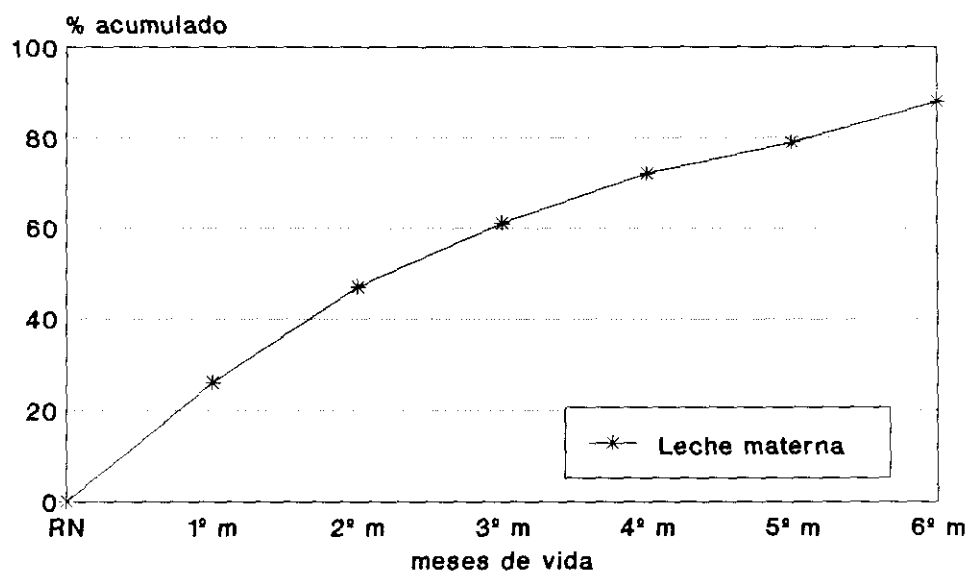
Gráfica 7.
Tipo de lactancia que, según la madre,
prefería el padre del niño



Gráfica 8.
Momento en que decidió la madre el tipo
de lactancia a dar a su hijo

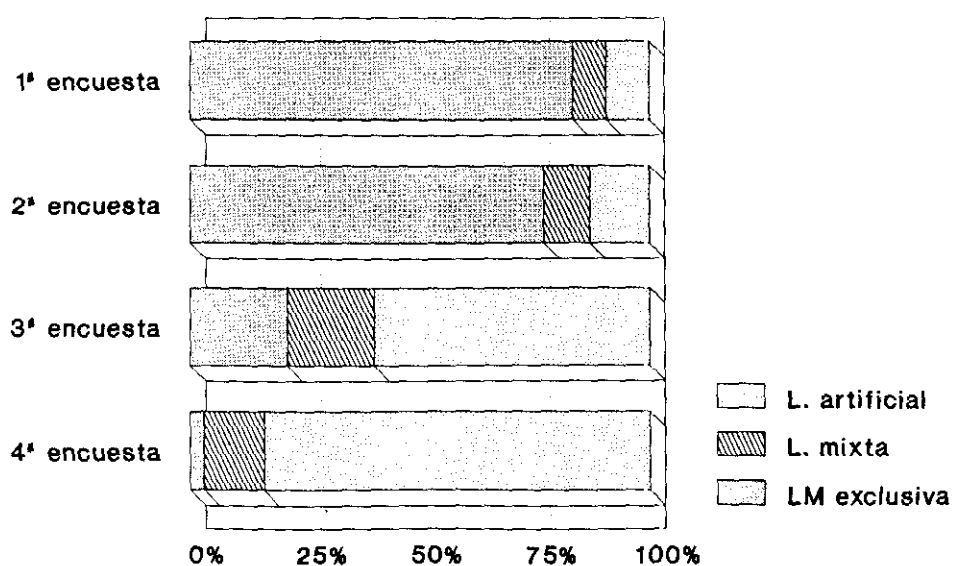


Gráfica 9.
Abandono de la lactancia materna
en los casos en que se inició

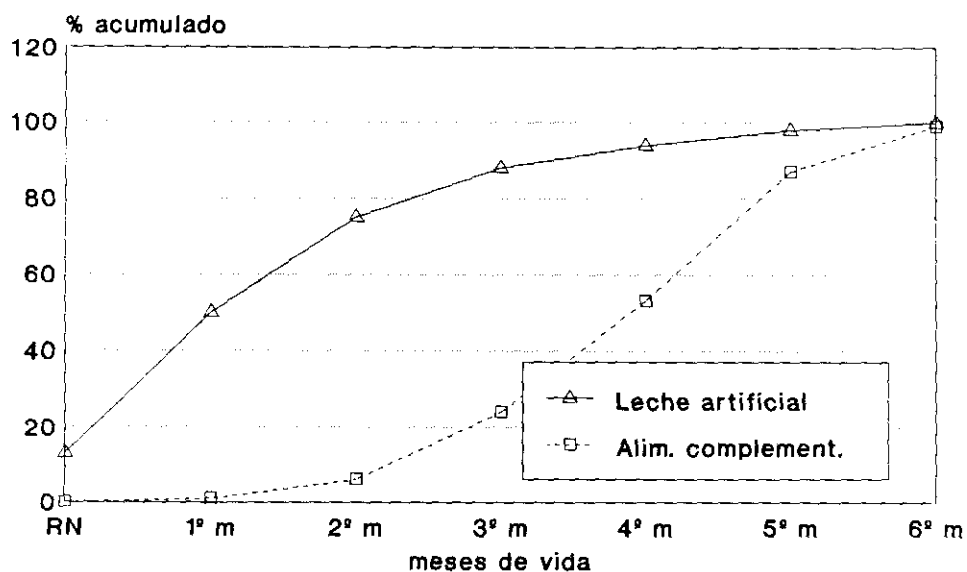


Nº casos válidos = 354

Gráfica 10.
Porcentajes de los diversos tipos de
lactancia en las distintas encuestas

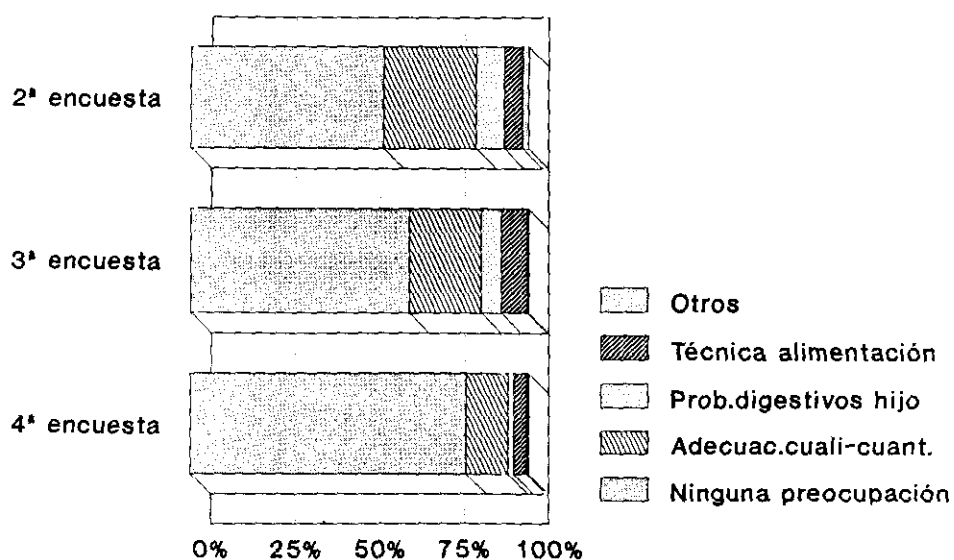


Gráfica 11.
Introducción de leche de fórmula y otros
alimentos en la dieta de los lactantes



Nº casos: LA = 346; Alim.comp. = 367

Gráfica 12.
Preocupación materna sobre alimentación
del hijo en las distintas encuestas



IV.2. ESTADISTICA ANALITICA

IV.2.1. TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO.

IV.2.1.1. ANALISIS BIVARIANTE.

En 358 casos se inicia al nacimiento lactancia materna o mixta y en 37 casos lactancia artificial, por lo que si el número de casos resulta inferior se atribuye a pérdida de datos/o pregunta aplicable a una parte de las encuestadas.

En las tablas CIV a CXVI, mostramos los factores evaluados en relación con el tipo de lactancia elegida por la mujer al nacimiento de su hijo:

Tabla CIV: DATOS OBSTETRICOS Y TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO

CHI Cuadrado	LMX de RN		Signific.
	F.A.	%	

NUMERO DE HIJOS VIVOS			
(INC. ACTUAL)			
≤ 3 hijos	345	91.26	P<0.05
> 3 hijos	13	76.47	

LMX de RN = lactancia materna exclusiva o mixta al nacer.
F.A.= frecuencia absoluta

Tabla CV: DATOS SOCIALES Y TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO

CHI Cuadrado	LMX de RN		Signific.
	F.A.	%	

EDAD DE LA MADRE EN AÑOS			
< 29 años	214	93.04	P<0.05
≥ 29 años	139	86.87	

Tabla CVI: AFICIONES MATERNAS Y TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO

CHI Cuadrado	LMX de RN		Signific.
	F.A.	%	
AFICIONES DE LA MADRE			
Intelec./Ejercicio	150	93.75	P<0.05
Domésticas	71	84.52	

Tabla CVII: DATOS LABORALES Y TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO

Comparación de medias	Lact. RN		Factor evaluado	Signif.
	Nºcasos	media	d.tip	
SEMANAS PERMISO POSTP.	LMX 73	13.9	3.33	P<0.001
	LA 6	7.8	4.30	
MES DEL HIJO EN QUE INICIA TRABAJO MADRE	LMX 66	3.3	1.17	P<0.05
	LA 7	2.1	1.55	

CHI Cuadrado	LMX de RN		Signific.
	F.A.	%	
PERMISO LABORAL TRAS PARTO			
≤ 8 semanas	9	69.23	P<0.01
> 8 semanas	64	96.96	

Tabla CVIII: DATOS PSICOAFECTIVOS Y TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO

CHI Cuadrado	LMX de RN		Signific.
	F.A.	%	

REACCION DEL PADRE ANTE ULTIMO EMBARAZO			
Alegría	303	89.38	P<0.05
Otra reacción	53	98.14	
LA BELLEZA FISICA SE DE- TERIORA POR DAR EL PECHO, SEGUN LA MADRE			
Si se deteriora	75	85.22	P<0.05
No se deteriora	282	92.76	
CONSIDERA LA MADRE COMO OBLIGACION AMAMANTAR			
Si o depende	237	93.30	P<0.05
No obligación	90	84.90	

Tabla CIX: LACTANCIAS ANTERIORES DE LAS MUJERES DEL ESTUDIO Y TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO

Comparación de medias	Lact. RN Nºcasos	Factor evaluado media	d.tip	Signif.
HIJOS ANTERIORES AL ACTUAL CRIADOS A LM ≥ 1 MES	LMX 198 LA 17	1.1 0.7	0.75 0.77	P<0.05
PROPORCION DE HIJOS ANTERIORES AL ACTUAL CON LM ≥ 1 MES (Nºhij.ant LM≥1 mes/ Nºtotal hij.ant.)	LMX 198 LA 17	0.8 0.5	0.37 0.47	P<0.001
CHI Cuadrado	LMX de RN F.A.	%		Signific.
COMO FUE LA L.MATERNA EN EL PRIMER HIJO				
Dió pecho	187	94.92		
No dió pecho	23	60.52		P<0.001
MOTIVO POR EL QUE FUE MAL O NO DIO LM AL 1º HIJO				
R.niño ó R.niño + madre	79	92.94		
R.madre ó Otras razones	19	67.85		P<0.01
MOTIVO POR EL QUE FUE MAL O NO DIO LM AL 1º HIJO				
R.sociocult sólo o con otras	86	92.47		
R.médica + Otras r.	12	60.00		P<0.001
MESES LM 1º HIJO DE MADRE ENCUESTADA				
< 1 meses	40	81.63		
≥ 1 meses	158	95.18		P<0.01
HIJOS ANTERIORES AL ACTUAL QUE TOMARON LM ≥ 1 MES				
Ninguno tomó ≥1m.	32	80.00		
Alguno tomó ≥1m.	166	94.85		P<0.01

Tabla CX: ACTITUD PATERNA ANTE LA LACTANCIA Y TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO

CHI Cuadrado	LMX de RN		Signific.
	F.A.	%	

TIPO DE LACTANCIA QUE PREFIERE EL PADRE DEL NIÑO, SEGUN LA MADRE			
Prefiere L.M.	295	95.16	
No prefiere L.M.	63	75.00	P<0.001
MOTIVO TIPO LACTANCIA PREFERIDA POR PADRE			
Conveniencia niño ó	258	95.55	
Conv.niño + familia			
Conv.familia ó	65	72.22	P<0.001
No sabe, no contes.			
MOTIVO TIPO LACTANCIA PREFERIDA POR PADRE			
Razones sanitaria ó	258	95.55	
R.sanit + socioec.			
Raz.socioeconom. ó	65	72.22	P<0.001
No sabe, no contes.			
COMO DA LOS BIBERONES EL PADRE, SEGUN LA MADRE			
Bien	63	80.76	
Otras respuestas	294	93.33	P<0.001
EXPERIENCIA DAR BIBERON EL PADRE			
Experiencia previa	76	83.51	
No experien. previa	281	93.04	P<0.01

Tabla CXI: OPINION MATERNA SOBRE LAS VENTAJAS - DURACION PREVISIBLE DE LA LM Y TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO

CHI Cuadrado	LMX de RN		Signific.
	F.A.	%	

¿DE QUE DEPENDE DURACION DE L.M., SEGUN MADRE (1ª enc)?			
Razón madre sola ó madre + niño	63	79.74	
Demás razones (razón niño + otras razones)	295	96.09	P<0.001
¿DE QUE DEPENDE DURACION DE L.M. SEGUN MADRE (1ª enc)?			
Mot.sociocult. + Frac.LM anterior + Varias anteriores	162	96.42	
Mot.médicos + Otros motivos	196	89.90	P<0.05
QUE TIPO DE LACTANCIA ES MEJOR, SEGUN LA MADRE			
Mejor, LM	356	91.51	
Otras respuestas	2	40.00	P<0.001
PREDOMINAN O NO VENTAJAS DE L.M., SEGUN LA MADRE			
Ventajas predom.	347	92.28	
Otras respuestas	11	61.11	P<0.001
VENTAJAS DE LM SEGUN LA MADRE			
Ventajas madre ó Vent.niño + madre	150	95.54	
Ventajas niño ó No sabe, no cont.	208	87.76	P<0.01
VENTAJAS DE LM SEGUN LA MADRE			
Vent.sociocult. ó Vent.sanitarias + sociocult.	148	95.48	
Vent.sanitarias ó No ventajas	210	87.86	P<0.01

Tabla CXII: OTRAS REFERENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE LACTANCIA Y TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO

CHI Cuadrado	LMX de RN		Signific.
	F.A.	%	

MOMENTO EN QUE LA MADRE DECIDIO TIPO DE LACTANCIA			
Antes del parto	328	95.62	P<0.001
Tras el parto	29	58.00	
EXISTENCIA DE BOTES DE LE- CHE ARTIFICIAL EN CASA (Comprados antes)			
Hay botes leche	81	85.26	P<0.001
No hay botes leche	265	99.62	
USA CHUPETE EL NIÑO (10º DIA)			
Usa chupete	205	87.98	P<0.05
No usa chupete	153	95.03	

Tabla CXIII: EVOLUCION DE LA LACTANCIA Y TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO

Comparación de medias		Lact. RN		Factor evaluado		Signif.
		Nºcasos		media	d.tip	
HORAS MINIMO SIN PEDIR		LMX	334	6.7	1.77	P<0.05
ALIM.NOCTURNO 3º MES		LA	34	7.3	1.26	
CHI Cuadrado			LMX de RN		Signific.	
			F.A.	%		
ALIMENTA A SU HIJO A LA DEMANDA O DE FORMA HORARIA						
A la demanda			190	95.54		
Otra respuesta			166	86.01	P<0.01	

Tabla CXIV: SOMATOMETRIA DEL LOS NIÑOS Y TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO

CHI Cuadrado	LMX de RN		Signific.
	F.A.	%	

PESO DEL RECIEN NACIDO			
≤ 3250 gr	188	94.94	
> 3250 gr	170	86.29	P<0.01

Tabla CXV: DATOS DE SALUD DEL NIÑO, SEGUN LA MADRE, Y TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO

CHI Cuadrado	LMX de RN		Signific.
	F.A.	%	

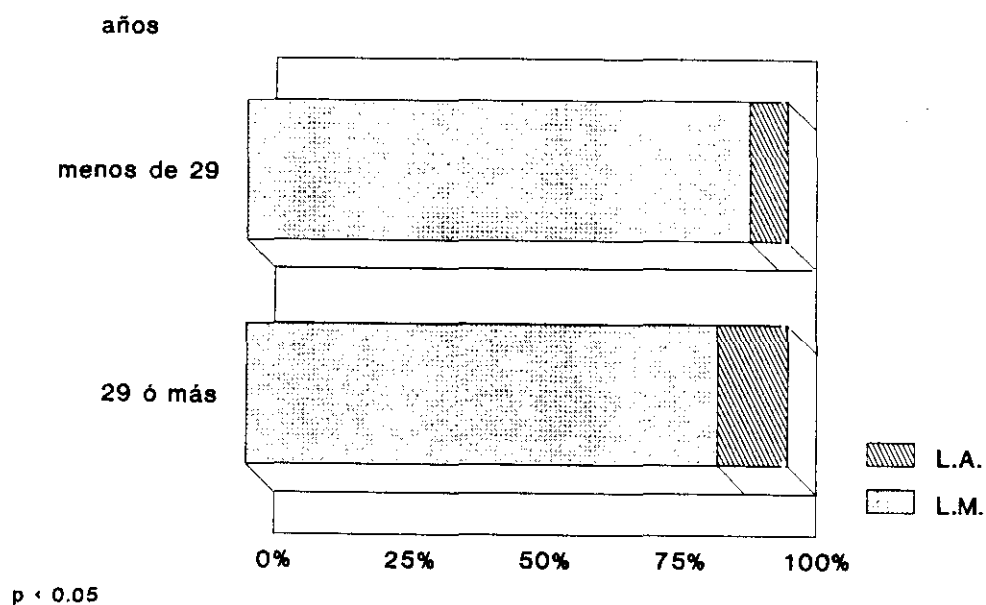
CONSIDERA GANANCIA ADECUA- DA DEL NIÑO DURANTE LOS 10 PRIMEROS DIAS DE VIDA SU MADRE			
Si, adecuada	278	89.38	
No o no sabe	80	96.38	P<0.05

Tabla CXVI: DATOS DE SALUD DE LA MADRE, SEGUN ELLA MISMA, Y TIPO DE LACTANCIA AL NACIMIENTO

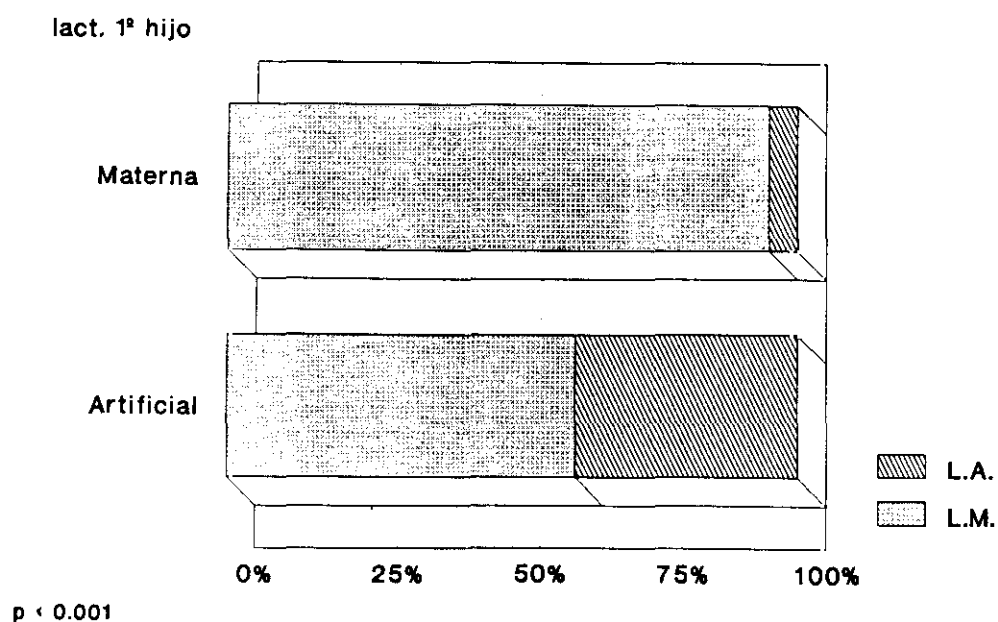
Comparación de medias	Lact. RN	Factor evaluado		Signif.
	Nºcasos	media	d.tip	

MES TRAS PARTO DE LA	LMX 299	2.9	1.23	
1ª MENSTRUACION	LA 33	2.0	0.43	P<0.001

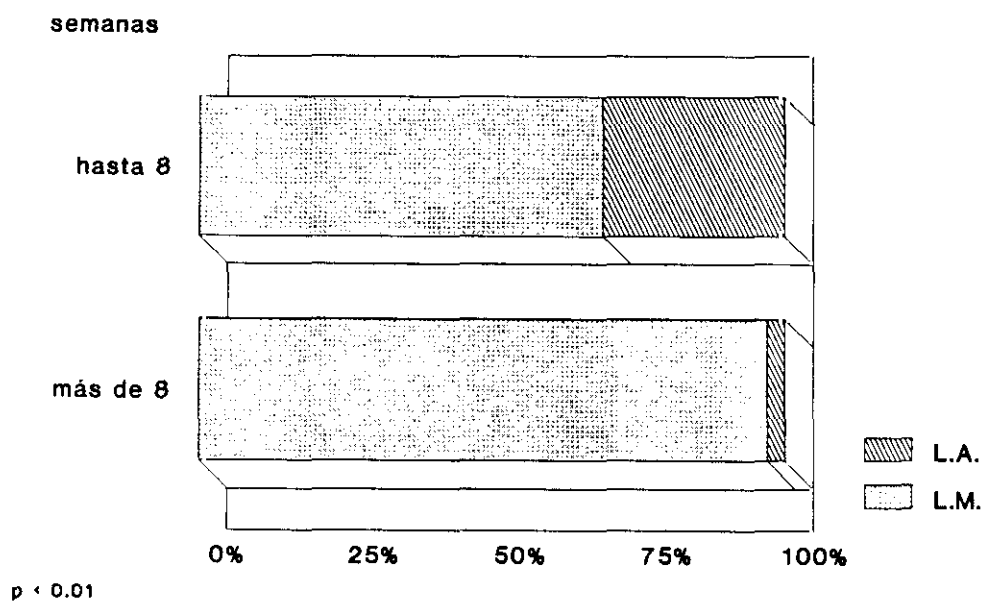
Gráfica 13.
Edad materna y tipo de lactancia al nacer



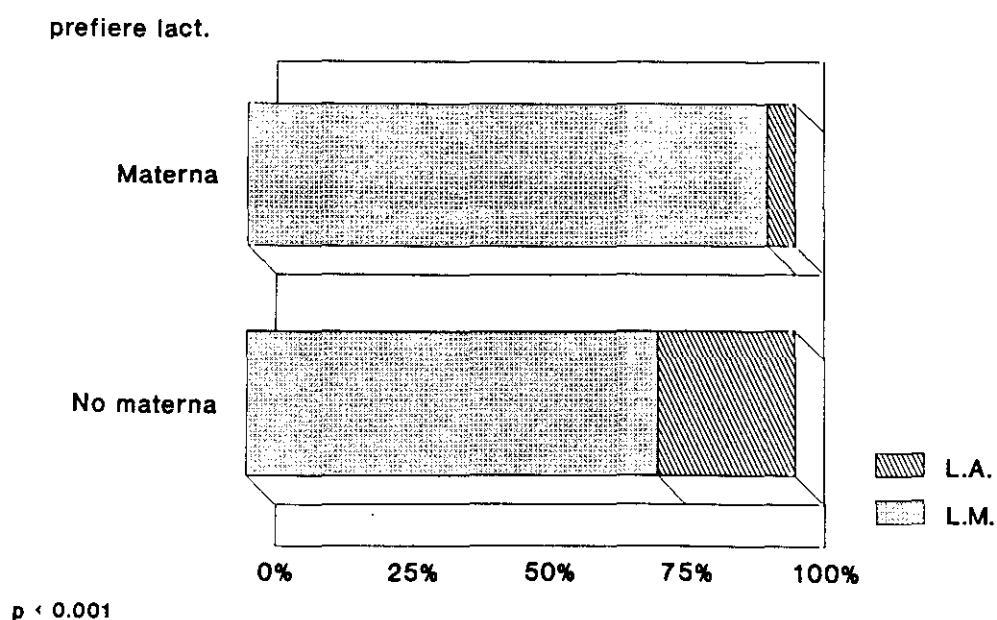
Gráfica 14.
Modo en que fué lactado el primer hijo y tipo de lactancia al nacer el actual



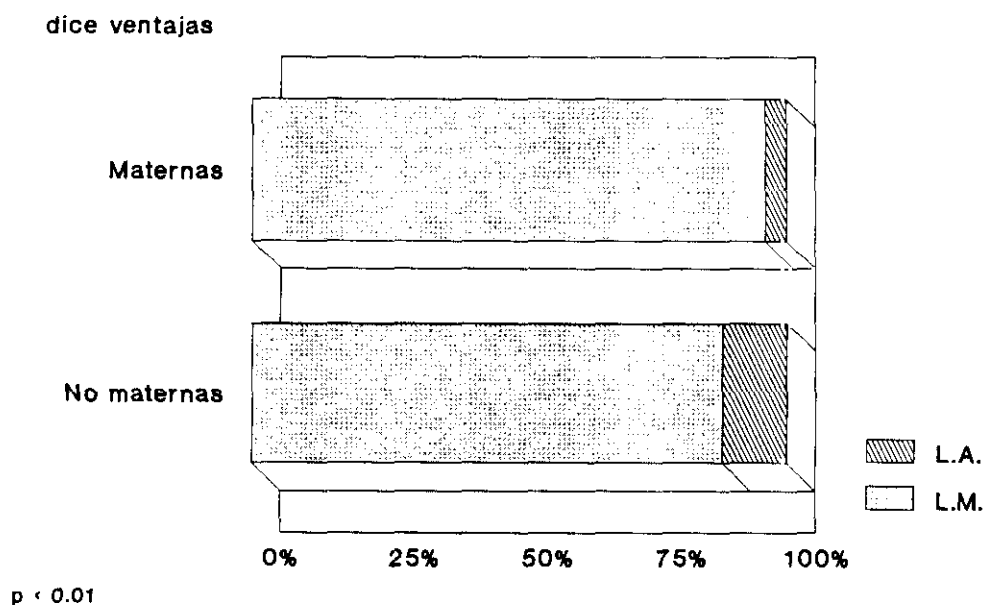
Gráfica 15.
Permiso laboral postparto y
tipo de lactancia al nacer



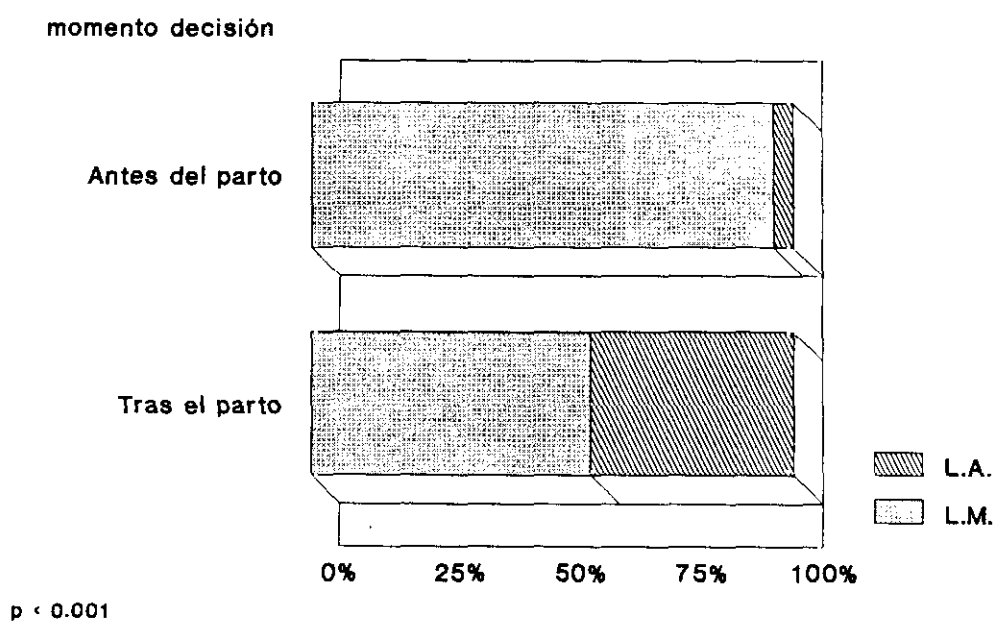
Gráfica 16.
Lactancia que prefiere el padre y
tipo de lactancia al nacer



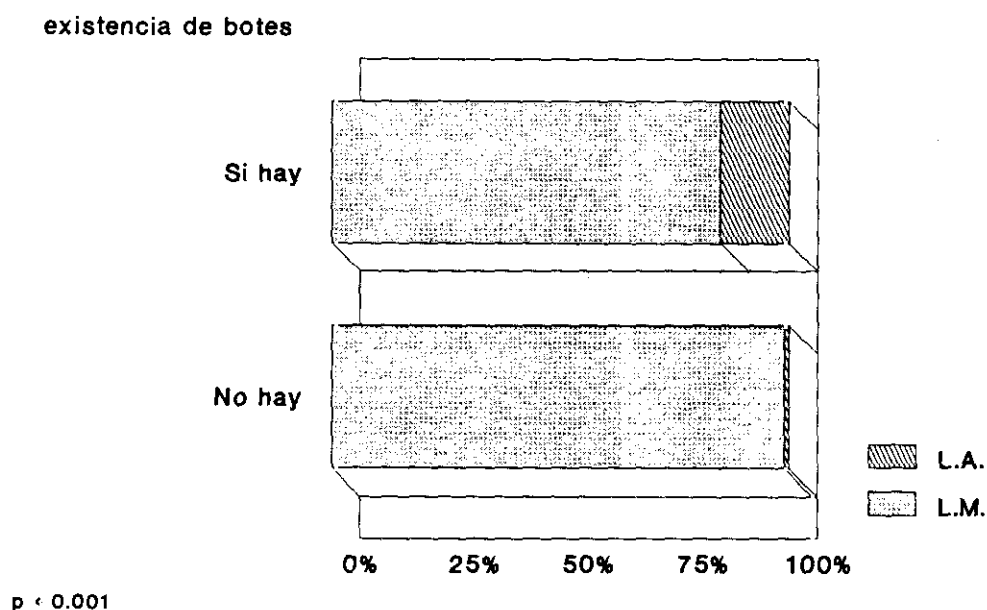
Gráfica 17.
Ventajas maternas o no de la LM, según
la mujer, y tipo de lactancia al nacer



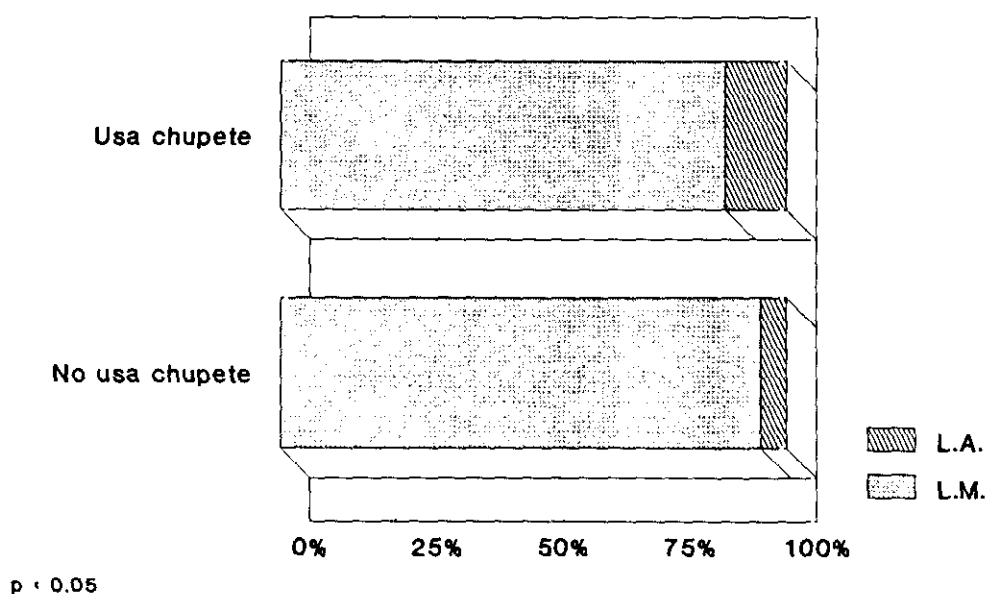
Gráfica 18.
Cuando decidió la mujer la lactancia a
dar y tipo de lactancia al nacer



Gráfica 19.
Botes de leche en casa antes del parto
y tipo de lactancia al nacer



Gráfica 20.
Uso de chupete por el recién nacido
y tipo de lactancia al nacer



IV.2.1.2 FACTORES DE RIESGO DE ELECCION DE LACTANCIA ARTIFICIAL AL NACIMIENTO Y MODELO DE REGRESION LOGISTICA MULTIPLE.

Factores de riesgo de elección de lactancia artificial al nacimiento (regresión logística simple):

Dado el número de variables considerado en este trabajo y teniendo en cuenta los datos previos del mismo así como los de otros estudios referidos en la literatura, se han agrupado las variables según la información que aportaban, como sigue:

1. Datos de salud de madre e hijo.
2. Previsión de lactancia.
3. Historia de lactancia.
4. Actitud hacia la lactancia.
5. Actitud sanitaria general
6. Entorno social familiar.
7. Situación socio-cultural familiar.
8. Situación psicoafectiva.
9. Situación laboral materna.

Mediante un análisis de regresión logística simple, se seleccionan los factores de riesgo para el inicio de la lactancia artificial al nacimiento.

A continuación, en las tablas CXVII a CXXIV, se relacionan los factores de riesgo encontrados, tras el análisis exhaustivo de las variables del estudio, con significación estadística ($p < 0.05$).

Tabla CXVII: DATOS DE SALUD DE MADRE E HIJO Y RIESGO DE INICIAR LACTANCIA ARTIFICIAL AL NACIMIENTO

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Peso del RN: 1. ≤ 3250 gr; 2. > 3250 gr. (N = 395)	-2.9339	1.0939	0.38502	2.99 1.4-6.3

Tabla CXVIII: PREVISION DE LACTANCIA Y RIESGO DE INICIAR LACTANCIA ARTIFICIAL AL NACIMIENTO

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Si considera o no la madre el pecho como la mejor lactancia: 1.Si; 2.No. (N = 394)	-2.3784	2.7839	0.93083	16.18 2.6-100
Momento en que la madre decidió el tipo de lactancia: 1.Antes del parto; 2.Tras el parto. (N = 393)	-3.085	2.7622	0.38964	15.83 7.3-33.9
Existencia o no de leche de fórmula en domicilio antes del parto: 1.No; 2.Si. (N = 360)	-5.5759	3.8206	1.0428	45.63 5.9-352

Tabla CXIX : HISTORIA DE LACTANCIA Y RIESGO DE INICIAR LACTANCIA ARTIFICIAL AL NACIMIENTO

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Hijos anteriores alimentados al pecho: 1.≥1 hijo tomó LM ≥1 mes; 2.De los anteriores, ningún hijo tomo LM ≥1 mes. (N = 215)	-2.9148	1.5285	0.52286	4.61 1.6-12.8
Dió o no la madre LM al 1º hijo: 1.Si dió; 2.No dió. (N = 235)	-2.9285	2.5011	0.46421	12.19 4.9-30.2
Tiempo de LM al 1º hijo: 1.≥2 meses; 2.<2 meses. (N = 215)	-3.0603	1.2097	0.52884	3.35 1.2-9.4
Qué tal daba los biberones el padre, según la madre: 1.No dice que bien; 2.Dice que bien. (N = 393)	-2.6391	1.204	0.36546	3.33 1.6-6.8

Tabla CXX: ACTITUD HACIA LA LACTANCIA Y RIESGO DE INICIAR LACTANCIA ARTIFICIAL AL NACIMIENTO

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Razones que daba la madre para la duración de la lactancia: 1. Dá razón centrada en el hijo; 2.No dá razón centrada en el hijo. (N = 386)	-3.9187	2.9844	0.483	19.77 7.6-50.9
Razones centradas o no en aspectos socioculturales, según la madre, para la duración de la lactancia: 1.Dá razón sociocultural; 2.No dá razón sociocultural. (N = 386)	-3.2958	1.1088	0.47264	3.03 1.2-7.6
Refiere o no, la madre, que LM tiene o no ventajas maternas: 1.Refiere ventajas centradas en la madre; 2.No refiere ventajas para la madre. (N = 394)	-3.0647	1.0945	0.43453	2.98 1.3-7
Que fuera mal la LM en el 1º hijo o no le hubiese dado pecho, se debió o no a un motivo centrado en ese 1º hijo: 1.El motivo fué el 1º hijo; 2.No se relacionó con el 1º hijo el motivo. (N = 113)	-2.577	1.8305	0.5857	6.23 1.9-19.6
Si fué motivo sociocultural o distinto – médico u otro– lo que ocasionó que fuera mal o no diera LM a 1º hijo: 1.Fué motivo sociocultural; 2.Fué motivo distinto de sociocultural. (N = 113)	-2.5084	2.103	0.60233	8.19 2.5-26.6
Considera la madre que dar de mamar es o no es una obligación materna: 1.Si o depende; 2.No es obligación. (N = 360)	-2.6348	0.9076	0.36967	2.47 1.2-5.1
Si predominan o no, para la madre, ventajas de LM sobre inconvenientes: 1.Predominan las ventajas; 2.No dice que predominen las ventajas. (N = 394)	-2.482	2.03	0.5207	7.61 2.7-21.1
Alimenta exclusivamente a demanda o no: 1.Si; 2.No, de otra forma. (N = 392)	-3.0498	1.2336	0.39929	3.43 1.6-7.5
Se deteriora o no la belleza, para la madre, al dar de mamar: 1.No; 2.Si. (N = 392)	-2.5509	0.7983	0.37317	2.21 1.1-4.6

Tabla CXXI: ACTITUD SANITARIA GENERAL Y RIESGO DE INICIAR LACTANCIA ARTIFICIAL AL NACIMIENTO

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Si el hijo usa o no chupete los primeros días: 1.No usa; 2.Si usa. (N = 394)	-2.951	0.9601	0.41488	2.61 1.2-5.9

Tabla CXXII: ENTORNO SOCIAL FAMILIAR Y RIESGO DE INICIAR LACTANCIA ARTIFICIAL AL NACIMIENTO

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Si el padre del niño, según la mujer, tiene o no experiencia en dar biberones: 1.Si; 2.No. (N = 393)	-1.6227	-0.9711	0.36194	0.37 0.2-0.8
El padre justifica su preferencia del tipo de lactancia, según la madre, por la conveniencia para el niño u otro motivo: 1.Conveniencia del hijo; 2.Otro motivo. (N = 341)	-3.1236	1.7373	0.41597	5.68 2.5-12.8
El padre prefiere LM o no, según la madre: 1.Si; 2.No. (N = 394)	-2.9789	1.8803	0.36544	6.55 3.2-13.4

Tabla CXXIII: SITUACION PSICOAFECTIVA Y RIESGO DE INICIAR LACTANCIA ARTIFICIAL AL NACIMIENTO

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Edad materna: 1.<29 años; 2.≥29 años. (N = 389)	-2.6579	0.7679	0.35518	2.15 1.1-4.3

Tabla CXXIV: SITUACION LABORAL MATERNA Y RIESGO DE INICIAR LACTANCIA ARTIFICIAL AL NACIMIENTO

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Permiso laboral materno tras parto es: 1.>8 semanas; 2.≤8 semanas. (N = 79)	-3.4657	2.6548	0.93632	14.22 2.2-89

Modelo de regresión logística múltiple:

Incluye los factores de riesgo para la elección de lactancia artificial al nacimiento que se especifican en la tabla CXXV.

Como contraste del modelo global, tenemos que:

Logaritmo natural de la función de verosimilitud
= -52.4911

Razón de verosimilitud = 421.8096
gl = 7 p = 0

SIGNIFICATIVO (p < 0.001)

Tamaño de la muestra = 380

Tabla CXXV: MODELO DE REGRESION LOGISTICA MULTIPLE QUE CONSIDERA LOS FACTORES DE RIESGO DE INICIO DE LACTANCIA ARTIFICIAL AL NACIMIENTO

Variables	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Lactancia iniciada al nacimiento: 1.LM o mixta; 2.Lactancia artificial.	-8.3537			
Momento en que la madre decidió el tipo de lactancia respecto al parto: 1.Antes; 2.Después.		3.0038	0.57949	20.14 6.4-62.7
El padre prefiere LM o no, según la madre: 1.Si; 2.No.		2.0392	0.54662	7.68 2.6-22.4
Refiere o no, la madre, que LM tiene o no ventajas maternas: 1.Refiere ventajas centradas en la madre; 2.No refiere ventajas para la madre.		1.3171	0.65632	3.73 1.0-13.5
Si predominan o no, para la madre, ventajas de LM sobre inconvenientes: 1.Predominan las ventajas; 2.No dice que predominen las ventajas.		1.5275	0.75178	4.60 1.1-20.1
Peso del RN: 1. \leq 3250 gr; 2.>3250 gr.		2.4313	0.68406	11.3 2.9-43.4
Edad materna: 1.<29 años; 2. \geq 29 años.		1.1155	0.55706	3.05 1.0-9.1
Razones centradas o no en aspectos socioculturales, según la madre, para la duración de la lactancia: 1.Dá razón sociocultural; 2.No da razón sociocultural.		1.2328	0.59247	3.43 1.1-10.9

IV.2.2. DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA.

IV.2.2.1. ANALISIS BIVARIANTE.

En las tablas CXXVI a CXXXVIII, que siguen, se muestran los factores evaluados en relación con la duración de la LM -en meses-:

Tabla CXXVI: DATOS OBSTETRICOS Y DURACION DE LA LM

Comparación de medias	Durac.LM Nºcasos	Factor evaluado media	d.tip	Signif.
EXPERIENCIA DEL EMBARAZO				
ULTIMO, SEGUN MADRE				
Buena experien.	276	3.4	2.88	
No buena exper.	78	2.7	1.99	P<0.05

Análisis de correlación de Pearson y de regresión

<u>Parámetro</u>	<u>n</u>	<u>r</u>	<u>B</u>	<u>p</u>
CIGARRILLOS/DIA DURANTE EL EMBARAZO	354	0.11	-0.055	<0.05

r = coeficiente de correlación

B = coeficiente de regresión

n = nº casos

Tabla CXXVII: DATOS SOCIALES Y DURACION DE LA LM

Comparación de medias	Durac.LM Nºcasos	Factor evaluado media	d.tip	Signif.
CIUDAD DONDE VIVE				
Fuenlabrada	216	3.0	2.59	
Leganés	138	3.8	2.87	P<0.01

Tabla CXXVIII: DATOS ECONOMICOS-LABORALES Y DURACION DE LA LM

Comparación de medias	Durac.LM Nºcasos	Factor evaluado media	d.tip	Signif.

PROFESION DEL CABEZA DE FAMILIA				
Servicios	107	3.8	2.85	
Resto de grupos	242	3.1	2.65	P<0.05
DISPONE DE LAVAVAJILLAS				
Si	19	2.6	1.37	
No	318	3.4	2.81	P<0.05

Análisis de correlación de Pearson y de regresión

Parámetro	<u>n</u>	<u>r</u>	<u>B</u>	<u>p</u>

SEMANAS DE PERMISO TRAS EL PARTO EN TRABAJADORAS	73	0.27	0.171	<0.05

Tabla CXXVIII: DATOS PSICOAFECTIVOS Y DURACION DE LA LM

Comparación de medias	Durac.LM Nºcasos	Factor evaluado media	d.tip	Signif.

OPINION DE LA MADRE SOBRE EL ROOMING-IN				
Juntos permanent.	282	3.5	2.85	
No juntos, depende	72	2.6	2.05	P<0.01
LE DISGUSTA A LA MADRE SER VISTA AMAMANTANDO				
Si	179	3.0	2.59	
No	137	4.1	2.86	P<0.01
CONSIDERA LA MADRE COMO OBLIGACION AMAMANTAR				
Si ó depende	240	3.5	2.79	
No obligación	90	2.8	2.51	P<0.05

Tabla CXXIX: DATOS SANITARIOS Y DURACION DE LA LM

Comparación de medias	Durac.LM Nºcasos	Factor evaluado media	d.tip	Signif.

ASISTENCIA A CURSOS DE PRE- PARACION PARTO EN ALGUNA OCASION				
Asistió a curso	102	3.8	2.93	
No asistió nunca	252	3.1	2.62	P<0.05

Análisis de correlación de Pearson y de regresión				

<u>Parámetro</u>	<u>n</u>	<u>r</u>	<u>B</u>	<u>p</u>

Nº DIENTES RESTAURADOS A MADRE	354	0.12	0.07	<0.05

Tabla CXXX: LACTANCIAS ANTERIORES DE LAS MUJERES DEL ESTUDIO Y DURACION DE LA LM

Análisis de correlación de Pearson y de regresión				

<u>Parámetro</u>	<u>n</u>	<u>r</u>	<u>B</u>	<u>p</u>

MESES L.M. HIJO MAYOR	195	0.38	0.287	<0.001
Nº HIJOS ANTERIORES QUE TOMARON LM	195	0.26	0.937	<0.001
HIJOS ANTERIORES QUE TOMARON PECHO/ /Nº HIJOS ANTERIORES	195	0.23	1.6768	<0.001

Tabla CXXXI: ACTITUD PATERNA ANTE LA LACTANCIA Y DURACION DE LA LM

Comparación de medias	Durac.LM Nºcasos	Factor evaluado media	d.tip	Signif.

PREFERENCIA DE LACTANCIA DEL PADRE, SEGUN MADRE				
Prefiere LM	291	3.5	2.80	
No prefiere LM	63	2.5	2.18	P<0.01
COMO DA LOS BIBERONES EL PADRE, SEGUN LA MADRE				
Se le da bien	64	2.5	2.37	
Otras resp.	289	3.5	2.77	P<0.01
EXPERIENCIA PREVIA PATERNA EN DAR BIBERONES				
Si dió biberones	77	2.5	2.30	
No dió biberones	276	3.5	2.80	P<0.01

Tabla CXXXII: OPINION MATERNA SOBRE LAS VENTAJAS-DURACION PREVISIBLE DE LA LM Y DURACION REAL DE LA LM

Comparación de medias	Durac.LM Nºcasos	Factor evaluado media	d.tip	Signif.

DE QUE DEPENDE DURACION DE LM YA INICIADA (laenc), SEGUN LA MADRE				
Razón niño ó niño+madre	295	3.4	2.83	
Otras razones que no implican a niño	58	2.7	1.99	P<0.05
PREDOMINIO DE VENTAJAS O NO DE L.M. PARA LA MADRE				
Predom. ventajas	343	3.3	2.74	
Otras respuestas	11	1.8	1.31	P<0.01
VENTAJAS EN LM SEGUN LA MADRE				
Sólo para niño	199	2.9	2.47	
Vent.madre sólo ó madre+hijo	150	3.8	3.00	P<0.01
VENTAJAS EN LM SEGUN LA MADRE				
V.sanitaria sólo	201	3.0	2.46	
V.sociocult. sólo ó sociocult.+santiar.	148	3.8	3.02	P<0.01

Análisis de correlación de Pearson y de regresión				

<u>Parámetro</u>	<u>n</u>	<u>r</u>	<u>B</u>	<u>p</u>

QUE TIEMPO ACONSEJA LA MADRE PARA L.M.	352	0.18	0.179	<0.001

Tabla CXXXIII: REFERENCIAS Y CONOCIMIENTOS DIVERSOS DE LA MADRE SOBRE LA LACTANCIA Y DURACION DE LA LM

Comparación de medias	Durac.LM Nºcasos	Factor evaluado media	d.tip	Signif.

LA MADRE TOMO PECHO				
Si tomó LM	215	3.7	2.85	
No tomó LM ó no lo sabe	134	2.7	2.44	P<0.001
MOMENTO EN QUE DECIDIO LA MADRE TIPO DE LACTANCIA				
Antes del parto	324	3.5	2.73	
Tras el parto	29	1.2	1.39	P<0.001
TIENE BOTES DE LECHE EN CASA (10º día)				
Tiene botes leche	80	2.7	2.66	
No tiene botes l.	260	3.6	2.70	P<0.01
USA CHUPETE EL HIJO (10ºd)				
Si usa chupete	202	2.8	2.54	
No usa chupete	152	4.0	2.82	P<0.001
USA CHUPETE EL HIJO (3º mes)				
Si	223	2.6	2.23	
No	114	4.7	3.10	P<0.001
INFLUENCIA QUE TIENE DAR PECHO SOBRE RIESGO DE EM- BARAZO, SEGUN MADRE				
Aleja riesgo	28	4.4	2.77	
Otra respuesta	302	3.2	2.71	P<0.05

Tabla CXXXIV: EVOLUCION DE LA LACTANCIA Y DURACION DE LA LM

Comparación de medias	Durac.LM Nºcasos	Factor evaluado media	d.tip	Signif.

SI SE COGE BIEN AL PECHO SEGUN LA MADRE (10º día)				
Se coge bien	317	3.5	2.73	
Otras respuestas	16	2.3	1.58	P<0.01
MOMENTO DA BIBERON RESPECTO AL PECHO, SI L.MIXTA (3º m)				
Tras el pecho	35	3.8	2.07	
Antes, Sust., Combin.	103	2.4	1.67	P<0.001

Análisis de correlación de Pearson y de regresión

<u>Parámetro</u>	<u>n</u>	<u>r</u>	<u>B</u>	<u>p</u>

DURACION PREVISTA DE LM DE RECIEN NACIDO	351	0.33	0.339	<0.001
TIEMPO QUE CREE ADECUADO AL 10ºDIA PARA SU L.M.	328	0.22	0.202	<0.001
HORAS MINIMO SIN PEDIR ALIMENTO NOCTURNO (3ºM)	337	0.22	-0.35	<0.001
Nº TOMAS PECHO/DIA (3ºM)	146	0.29	0.483	<0.001
MES PREVISTO PARA TERMINAR L.M. AL 3º MES	145	0.39	0.391	<0.001

Tabla CXXXV: ALIMENTACION COMPLEMENTARIA Y DURACION DE LA LM

Análisis de correlación de Pearson y de regresión

<u>Parámetro</u>	<u>n</u>	<u>r</u>	<u>B</u>	<u>p</u>

MES INICIA BEIKOST	336	0.33	0.852	<0.001

Tabla CXXXVI: SOMATOMETRIA DE LOS NIÑOS Y DURACION DE LA LM

Comparación de medias	Durac.LM Nºcasos	Factor evaluado media	Signif. d.tip
EXPLOACION NIÑO 3º MES			
Normal	271	3.5	2.89
Otra	67	2.5	1.90
			P<0.01

Análisis de correlación de Pearson y de regresión

Parámetro	n	r	B	p
PESO DEL NIÑO AL 10º DIA	329	0.13		<0.05
			8.985134E-04	

Tabla CXXXVII: DATOS DE SALUD DEL NIÑO, SEGUN LA MADRE, Y DURACION DE LA LM

Comparación de medias	Durac.LM Nºcasos	Factor evaluado media	Signif. d.tip
PREOCCUPACIONES DE LA MADRE POR ALIMENTACION DE HIJO (10º dia)			
Adecuación cuali- cuantitativa	103	2.7	2.37
Otras preocupa. ó No preocupaciones	251	3.5	2.82
			P<0.01
PROBLEMAS SALUD DE HIJO DESDE 10º d - 3º mes, SEGUN MADRE			
No problemas	131	3.8	3.03
Si problemas	207	3.0	2.53
			P<0.05
TEMPERAMENTO DE HIJO (6º mes)			
Tranquilo	137	3.8	2.76
Otro	193	3.0	2.67
			P<0.05

Tabla CXXXVIII: DATOS DE SALUD DE LA MADRE, SEGUN ELLA MISMA, Y DURACION DE LA LM

Comparación de medias	Durac.LM Nºcasos	Factor evaluado media	d.tip	Signif.

PROBLEMAS SALUD DE MADRE DESDE 10º d - 3º mes, SEGUN ELLA MISMA				
No problemas	278	3.2	2.71	P<0.05
Si problemas	59	4.0	2.87	

Análisis de correlación de Pearson y de regresión				

<u>Parámetro</u>	<u>n</u>	<u>r</u>	<u>B</u>	<u>p</u>

MES TRAS PARTO DE 1ª MENSTRUACION	302	0.48	0.942	<0.001

Análisis de la varianza:

1. El análisis de la duración de la LM -en meses- en relación a si las ventajas que ve la mujer en la LM son para el hijo, maternas o ambas, queda reflejado en la tabla CXXXIX.

Tabla CXXXIX: DURACION DE LA LM EN RELACION CON QUE LA MADRE VEA VENTAJAS MATERNAS, PARA EL HIJO O MIXTAS

ESTADÍSTICA BASICA

NOMBRE	MEDIA	DESV. TIP.	TAMAÑO
VJ.NIÑO	2.9568	2.4714	199
VJ.MADRE	3.7886	2.9559	44
VJ.NIÑ-MAD	3.7726	3.0397	106

VJ. NIÑO = refiere sólo ventajas para el niño.
 VJ. MADRE = refiere sólo ventajas maternas.
 VJ. NIÑ-MAD = refiere ventajas para el niño y maternas.

ANALISIS DE LA VARIANZA 1 FACTOR

FUENTE VAR	VARIANZA	G.L.	F	PR	NIVEL SIG.
FACTOR	28.7977	2	3.8995	0.021148	p < 0.05
ERROR	7.3849	346			
TOTAL	7.508	348			

Media global = 3.3095

PRUEBA DE NEWMAN-KEULS (VR = 7.3849, gl = 346)

VARIABLE1	VARIABLE2	DIFEREN.	Q EXPER.	R	Niv.Sig.	Q TEOR.
VJ.MADRE	VJ.NIÑO	0.83185	2.5986	3	NO	3.31
VJ.MADRE	VJ.NIÑ-MAD	0.015995	0.046415	2	NO	2.77
VJ.NIÑ-MAD	VJ.NIÑO	0.81586	3.5309	2	p < 0.05	2.77

2. El análisis de la duración de la LM -en meses- en relación al tipo de preocupaciones que manifiesta la madre en cuanto a la alimentación del hijo los primeros 10 días de vida, queda reflejado en la tabla CXL.

Tabla CXL: DURACION DE LA LM EN RELACION CON EL TIPO DE PREOCUPACIONES QUE MANIFIESTA LA MADRE RESPECTO A LA ALIMENTACION DEL HIJO LOS PRIMEROS 10 DIAS DE VIDA

ESTADISTICA BASICA

NOMBRE	MEDIA	DESV. TIP.	TAMAÑO
CUALICUANT	2.667	2.3769	103
OTRAS-PREO	3.6822	2.7638	45
NO-PREOCUP	3.5238	2.8428	206

CUALICUANT = relativas a la cantidad o calidad de la leche.
 OTRAS-PREO = preocupaciones distintas a las anteriores.
 NO-PREOCUP = no manifiesta preocupaciones la madre.

ANALISIS DE LA VARIANZA 1 FACTOR

FUENTE VAR	VARIANZA	G.L.	F	PR	NIVEL SIG.
FACTOR	29.0764	2	3.9725	0.019679	p < 0.05
ERROR	7.3194	351			
TOTAL	7.4427	353			

Media global = 3.2946

PRUEBA DE NEWMAN-KEULS (VR = 7.3194, gl = 351)

VARIABLE1	VARIABLE2	DIFEREN.	Q EXPER.	R	Niv.Sig.	Q TEOR.
OTRAS-PREO	CUALICUANT	1.0152	2.9699	3	NO	3.31
OTRAS-PREO	NO-PREOCUP	0.15844	0.50331	2	NO	2.77
NO-PREOCUP	CUALICUANT	0.8568	3.7113	2	p < 0.01	3.64

3. El análisis de la duración de la lactancia materna -en días- en relación a cuando toma la madre la decisión sobre la lactancia, antes del embarazo, durante el mismo o tras el parto, queda reflejado en la tabla CXLI.

Tabla CXLI: DURACION DE LA LM EN RELACION CON EL MOMENTO EN QUE LA MADRE DECIDE EL TIPO DE LACTANCIA A DAR AL HIJO

ESTADISTICA BASICA

NOMBRE	MEDIA	DESV. TIP.	TAMAÑO
ANTES	108.8589	82.7353	248
DURANTE	91.5	79.2492	76
DESPUES	35.4828	41.9546	29

ANTES = antes del embarazo.
 DURANTE = durante el embarazo.
 DESPUES = tras el parto.

ANALISIS DE LA VARIANZA 1 FACTOR

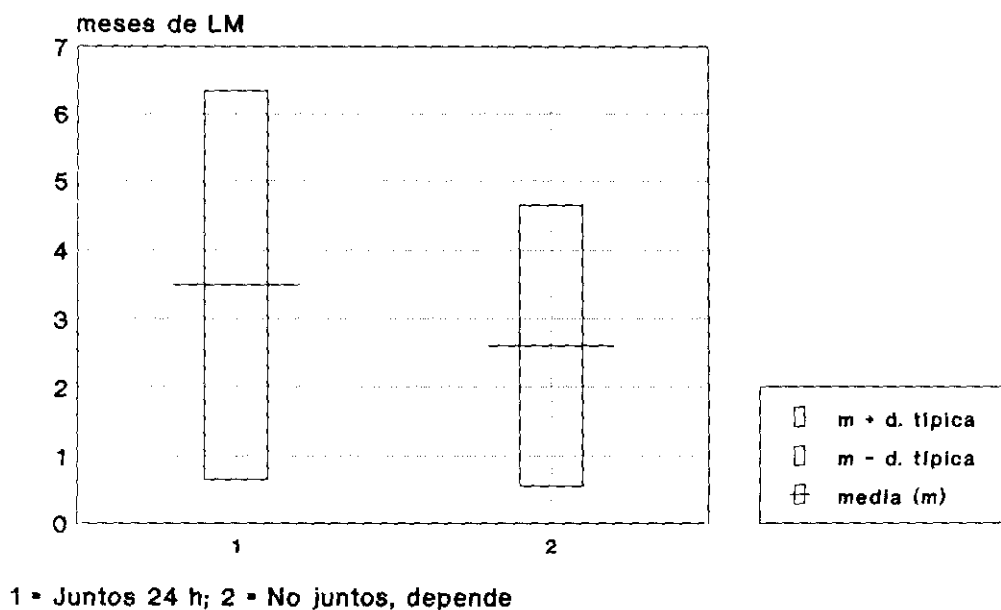
FUENTE VAR	VARIANZA	G.L.	F	PR	NIVEL SIG.
FACTOR	72687.8066	2	11.5061	0.00001446	p < 0.001
ERROR	6317.3266	350			
TOTAL	6694.4316	352			

Media global = 99.0935

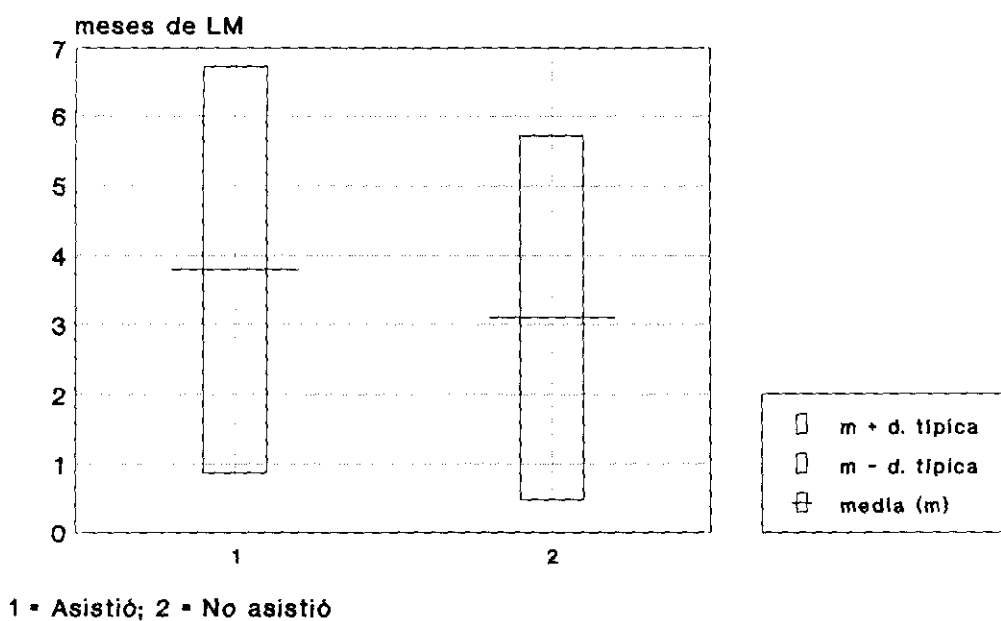
PRUEBA DE NEWMAN-KEULS (VR = 6317.3266, gl = 350)

VARIABLE1	VARIABLE2	DIFERENCIA	Q EXPER.	R	Niv.Sig.	Q TEOR.
ANTES	DESPUES	73.3761	6.6525	3	p < 0.01	4.12
ANTES	DURANTE	17.3589	2.3558	2	NO	2.77
DURANTE	DESPUES	56.0172	4.5665	2	p < 0.01	3.64

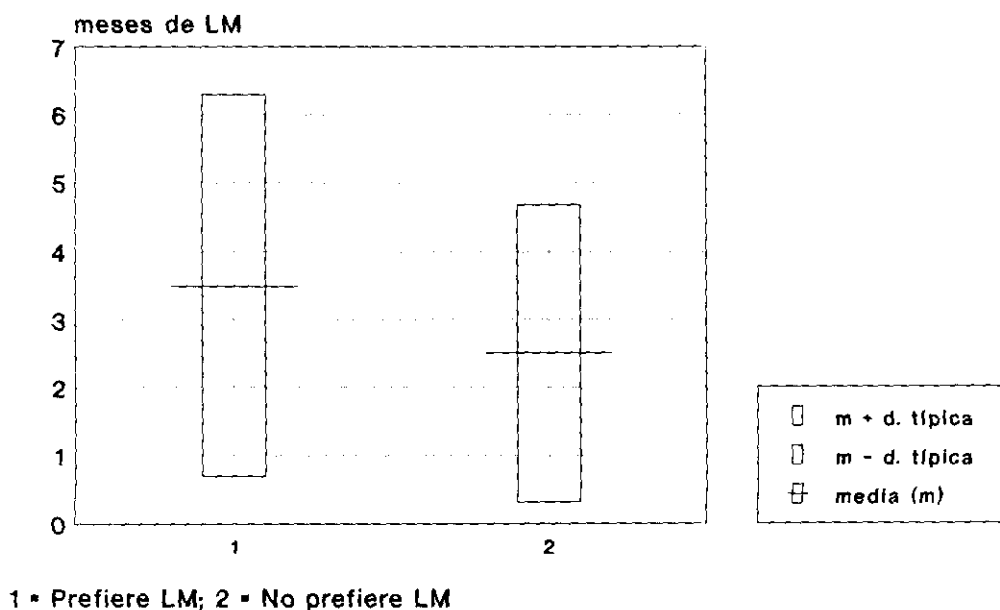
Gráfica 21.
Criterio materno sobre el "rooming-in"
y duración de la LM ($p < 0.01$)



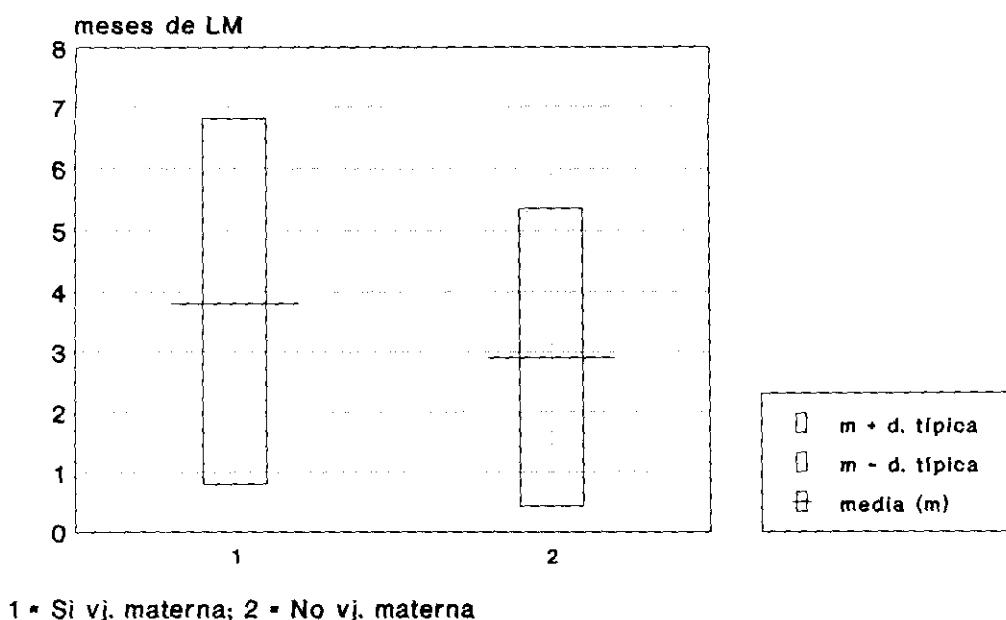
Gráfica 22.
Asistencia a curso preparto en algún
embarazo y duración de LM ($p < 0.05$)



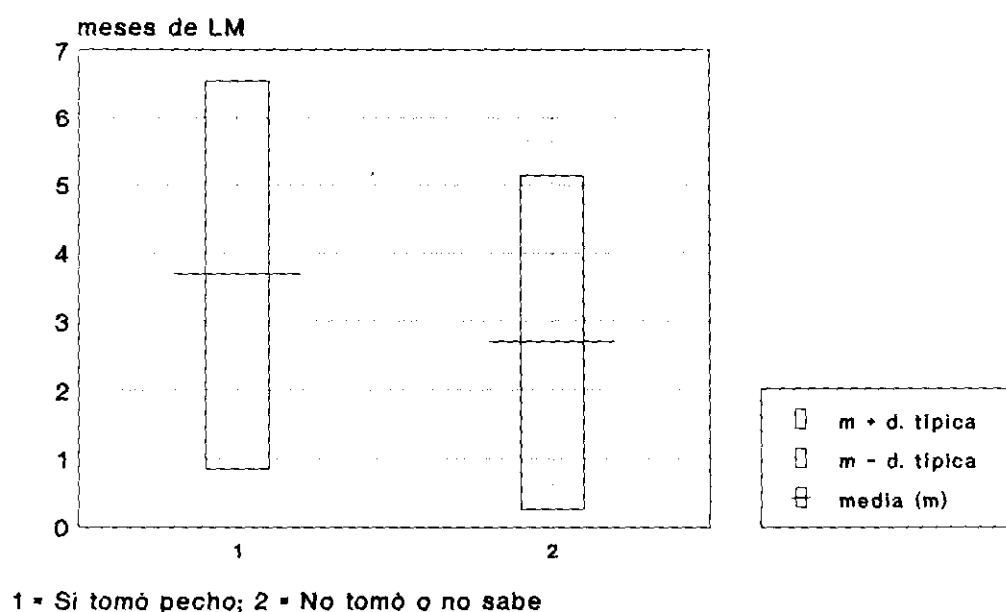
Gráfica 23.
Preferencia de LM por el padre, según la
mujer, y duración de la LM ($p < 0.01$)



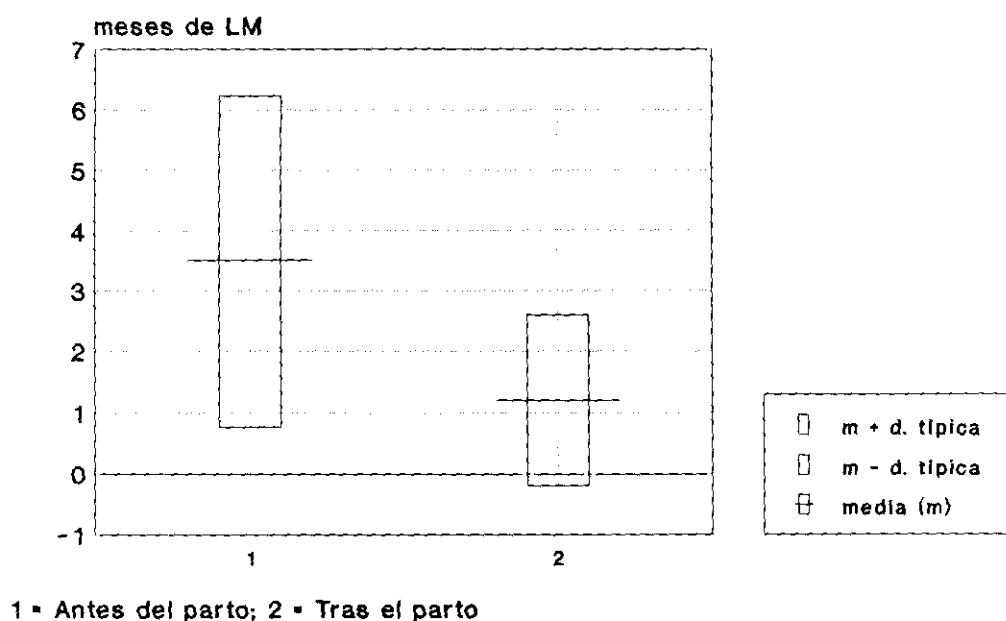
Gráfica 24.
Ventajas maternas o no de la LM, según
la mujer, y duración de la LM ($p < 0.01$)



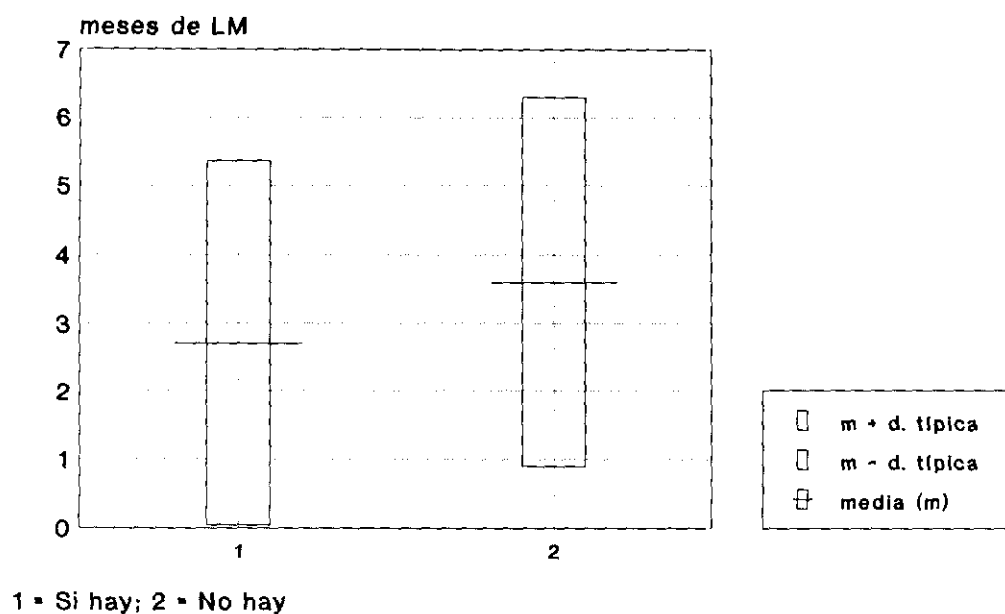
Gráfica 25.
Si la madre fué o no lactada al pecho
y duración de la LM ($p < 0.001$)



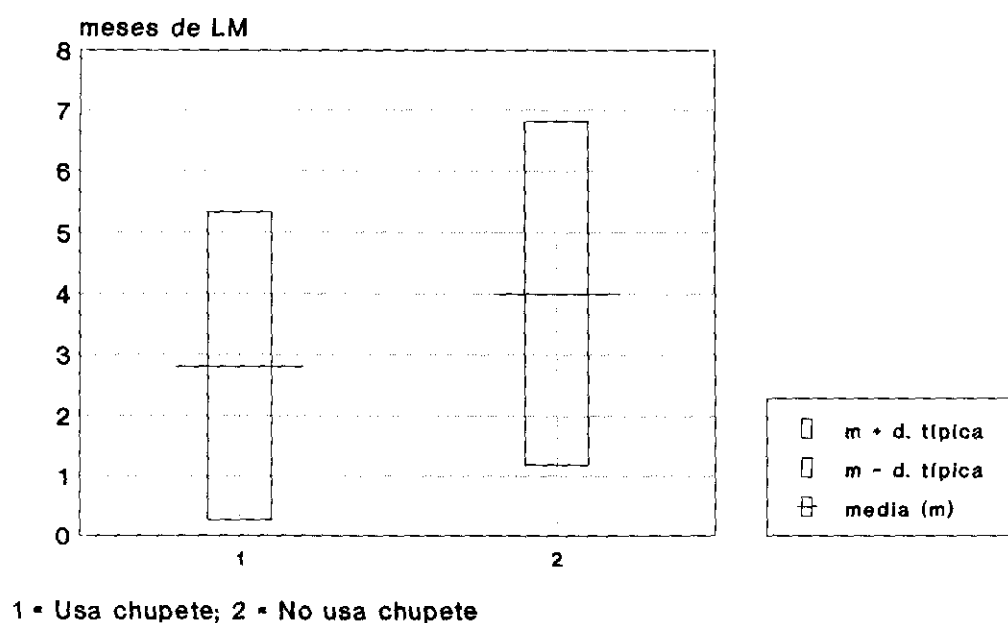
Gráfica 26.
Cuando decidió la mujer la lactancia a
dar y duración de la LM ($p < 0.001$)



Gráfica 27.
Botes de leche en casa antes del parto
y duración de la LM ($p < 0.01$)



Gráfica 28.
Uso de chupete por el recién nacido
y duración de la LM ($p < 0.001$)



IV.2.2.2. MODELO DE REGRESION LINEAL MULTIPLE.

Mostramos, seguidamente, en las tablas CXLII y CXLIII, el modelo de regresión lineal múltiple que se construye para la duración de la LM:

Tabla CXLII: ECUACION DE REGRESION LINEAL MULTIPLE DEL MODELO ELABORADO PARA LA DURACION DE LA LM DEL ESTUDIO

ECUACION DE REGRESION

$$\begin{aligned} \text{DIAS de LM} = & 187.3925 - 11.3484 \times \text{Pausanoc} - 38.6314 \times \\ & \text{Chupete} + 4.5715 \times \text{MesLM } 1^{\text{a}} + 5.1946 \times \text{Prev LM} \\ & + 15.7019 \times \text{Hijos LM} - 1.7305 \times 1^{\text{a}} \text{ toma} \end{aligned}$$

$$\text{Tamaño} = 182 \quad R = 0.59417 \quad R^2 = 0.35303$$

TERMINO	COEF.	E.ESTAND	COEF.EST	t	PR	SIG.
Independ	187.3925	29.0313		6.4548	0	SI
Pausanoc	-11.3484	2.7889	-0.24827	-4.0692	0.0000472	SI
Chupete	-38.6314	9.8803	-0.24078	-3.9099	0.00009236	SI
MesLM 1 ^a	4.5715	1.7877	0.20366	2.5573	0.010549	SI
Prev LM	5.1946	2.0778	0.19013	2.5	0.012419	SI
Hijos LM	15.7019	6.9075	0.14789	2.2732	0.023015	SI
1 ^a toma	-1.7305	0.73594	-0.14401	-2.3514	0.018705	SI

Variables:

- Independ = duración de LM en días
- Pausanoc = mínimo de horas de pausa nocturna entre 10^a día y 3^a mes
- Chupete = uso de chupete: 1. no; 2. si
- MesLM 1^a = meses de LM del hijo mayor
- Prev LM = duración de LM -en meses- prevista al nacer
- Hijos LM = nº hijos anteriores lactados al pecho
- 1^a toma = horas transcurridas desde el parto hasta la primera toma de pecho

Tabla CXLIII: ANOVA PARA LA REGRESION LINEAL MULTIPLE DEL MODELO ELABORADO PARA LA DURACION DE LA LM DEL ESTUDIO

ANOVA PARA LA REGRESION

FACTOR	VARIANZA	G.L.	F	PR	NIVEL SIG.
REGRESION	67908.4409	6	15.9156	0	p < 0.001
RESIDUAL	4266.7897	175			

IV.2.2.3. FACTORES DE RIESGO PARA LA DURACION DE LA LM MENOS DE 1 MES Y MODELO DE REGRESION LOGISTICA MULTIPLE.

Factores de riesgo para la duración de la LM menor de 1 mes (regresión logística simple):

Dado el número de variables considerado en este trabajo y teniendo en cuenta los datos previos del mismo así como los de otros estudios referidos en la literatura, se han agrupado las variables según la información que aportaban, como sigue:

1. Datos de salud de madre e hijo.
2. Previsión de lactancia.
3. Historia de lactancia.
4. Actitud hacia la lactancia.
5. Actitud sanitaria general
6. Entorno social familiar.
7. Situación socio-cultural familiar.
8. Situación psicoafectiva.
9. Situación laboral materna.

Mediante un análisis de regresión logística simple, se seleccionan los factores de riesgo para la duración de LM < 1 mes.

A continuación, en las tablas CXLIV a CLI, se relacionan los factores de riesgo encontrados, tras el análisis exhaustivo de las variables del estudio, con significación estadística ($p < 0.05$).

Tabla CXLIV: DATOS DE SALUD DE MADRE E HIJO Y RIESGO DE DURACION DE LM < 1 MES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Tipo de parto: 1.Vaginal; 2.Cesárea. (N = 395)	-1.2653	0.9289	0.36127	2.53 1.2-5.1
Peso habitual madre (kg). (N = 392)	-1.6023	0.6578	0.25486	1.93 1.2-3.2
Reaparición de la menstruación tras parto (meses). (N = 332)	1.7677	-1.2359	0.21253	0.29 0.2-0.4

Tabla CXLV: PREVISION DE LACTANCIA Y RIESGO DE DURACION DE LM < 1 MES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Pecho es mejor lactancia para la madre: 1.Si; 2.No. (N = 394)	-1.2151	2.6014	1.1245	13.48 1.5-122
Creció el pecho en embarazo: 1.Si; 2.No. (N = 395)	-1.2802	0.6335	0.29498	1.88 1.1-3.4
Momento en que la madre decidió el tipo de lactancia respecto al parto: 1.Antes; 2.Después. (N = 393)	-1.6556	2.7016	0.35441	14.90 7.4-29.8
Existencia o no de leche de fórmula en domicilio antes del parto: 1.No; 2.Si. (N = 360)	-2.1359	1.5052	0.29388	4.50 2.5-8.0
Duración -meses- prevista de la LM al nacimiento. (N = 362)	-0.8571	-0.1703	0.07216	0.84 0.7-0.9

Tabla CXLVI: HISTORIA DE LACTANCIA Y RIESGO DE DURACION DE LM < 1 MES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Hijos anteriores alimentados al pecho: 1. ≥ 1 hijo tomó LM ≥ 1 mes; 2. Ninguno de los hijos anteriores tomó LM ≥ 1 mes. (N = 215)	-1.6582	1.3559	0.38055	3.88 1.8-8.1
Dió o no la madre LM al 1º hijo: 1.Si dió; 2.No dió. (N = 235)	-1.5322	1.8507	0.37775	6.36 3-13.3
Si fué mal o no dió LM a 1º hijo el motivo fué: 1.sociocultural; 2.Sanitario. (N = 113)	-0.8938	1.2993	0.51041	3.66 1.3-9.9
Nº hijos anteriores al actual que tomaron LM. (N = 215)	-0.7336	-0.5883	0.24955	0.55 0.3-0.9

Tabla CXLVII: ACTITUD HACIA LA LACTANCIA Y RIESGO DE DURACION DE LM < 1 MES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Razones centradas en el hijo o en la madre, según ésta, para la duración de la lactancia: 1. Dá razón centrada en el hijo; 2.No dá razón centrada en el hijo. (N = 386)	-1.5261	1.0561	0.27622	2.87 1.6-4.9
Refiere o no, la madre, que LM tiene o no ventajas maternas: 1.Refiere ventajas centradas en la madre; 2.No refiere ventajas para la madre. (N = 394)	-1.7123	0.8224	0.26388	2.27 1.3-3.8
Si predominan o no, para la madre, ventajas de LM sobre inconvenientes: 1.Predominan las ventajas; 2.No dice que predominen las ventajas. (N = 394)	-1.2769	1.7288	0.49936	5.63 2.1-15
Considera la madre que dar de mamar es o no es una obligación materna: 1.Si o depende; 2.No es obligación. (N = 360)	-1.6189	0.9539	0.26569	2.59 1.5-4.3
La LM tiene para la madre ventajas: 1.Sanitarias, sólo; 2.Otras posibilidades. (N = 386)	-0.9376	-0.7595	0.26591	0.46 0.2-0.8
Mes de inicio del suplemento con biberón. (N = 346)	2.0197	-0.5338	0.07653	0.58 0.5-0.7
Mes de inicio de alimentación complementaria. (N = 367)	-0.0189	-0.0304	0.01183	0.96 0.9-0.99

Tabla CXLVIII: ACTITUD SANITARIA GENERAL Y RIESGO DE DURACION DE LM < 1 MES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Ingesta de alcohol en embarazo con las comidas: 1.Si; 2.No. (N = 395)	-0.6097	-0.6973	0.28311	0.49 0.2-0.8
Si el hijo usa o no chupete los primeros días: 1.No usa; 2.Si usa. (N = 394)	-1.602	0.6736	0.2562	1.96 1.2-3.2

Tabla CXLIX: ENTORNO SOCIAL FAMILIAR Y RIESGO DE DURACION DE LM < 1 MES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Si el padre del niño, según la mujer, tiene o no experiencia en dar biberones: 1.Si; 2.No. (N = 393)	-0.6118	-0.7621	0.26219	0.46 0.2-0.8
El padre justifica su preferencia del tipo de lactancia, según la madre, por la conveniencia para el niño u otro motivo: 1.Conveniencia del hijo; 2.Otro motivo. (N = 341)	-1.5158	0.7273	0.29005	2.06 1.1-2.3
El padre prefiere LM o no, según la madre: 1.Si; 2.No. (N = 394)	-1.4903	1.2027	0.26478	3.32 1.9-5.6

Tabla CL: SITUACION SOCIO-CULTURAL FAMILIAR Y RIESGO DE DURACION DE LM < 1 MES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Años de residencia de la madre en la localidad (Leganés o Fuenlabrada). (N = 368)	-0.9049	-0.0427	0.02050	0.95 0.9-0.99

Tabla CLI: SITUACION PSICOAFECTIVA Y RIESGO DE DURACION DE LM < 1 MES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Tiempo separada del hijo tras el parto hasta que lo tuvo con ella: 1.<1hora; 2. \geq 1 hora. (N = 395)	-1.3906	0.7546	0.25301	2.12 1.2-3.5
Si le disgusta ser vista amamantando: 1.No; 2.Si. (N = 317)	-2.7881	1.1853	0.41562	3.27 1.4-7.4
Momento tras el parto de la 1ª toma de pecho: 1. \leq 1 hora; 2.>1 hora. (N = 366)	-2.1041	0.7224	0.36735	2.05 1.0-4.2

Modelo de regresión logística múltiple:

El modelo de regresión logística múltiple en relación con la duración de la LM, que incluye los factores de riesgo para la duración de LM < de 1 mes, está expuesto en la tabla CLII.

Como contraste del modelo global tenemos que:

Logaritmo natural de la función de verosimilitud = -67.1708

Razón de verosimilitud = 155.394

gl = 6 p = 0

SIGNIFICATIVO (p < 0.001)

Tamaño de la muestra = 209

Tabla CLII: MODELO DE REGRESION LOGISTICA MULTIPLE QUE INCLUYE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA DURACION DE LM < 1 MES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Duración de la LM: 1. \geq 1 mes; 2. < 1 mes.	-2.1113			
Momento en que la madre decidió el tipo de lactancia respecto al parto: 1. Antes; 2. Después.		1.953	0.56799	7.04 2.3-21.4
Tipo de parto: 1. Vaginal; 2. Cesárea.		1.7892	0.66457	5.9 1.6-22.0
Ingesta de alcohol en embarazo con las comidas: 1. Si; 2. No.		-1.8167	0.53475	0.16 0.05-0.4
Razones centradas en el hijo o en la madre, según ésta, para la duración de la lactancia: 1. Dá razón centrada en el hijo; 2. No da razón centrada en el hijo.		1.9753	0.51551	7.20 2.6-19.8
Hijos anteriores alimentados al pecho: 1. \geq 1 hijo tomó LM \geq 1 mes; 2. Ninguno de los hijos anteriores tomó LM \geq 1 mes.		1.5003	0.51514	4.48 1.6-12.3
Si el hijo usa o no chupete los primeros días: 1. No usa; 2. Si usa.		0.9752	0.50495	2.65 0.9-7.1

IV.2.2.4. FACTORES DE RIESGO PARA LA DURACION DE LA LM MENOS DE 3 MESES Y MODELO DE REGRESION LOGISTICA MULTIPLE.

Factores de riesgo para la duración de la LM menor de 3 meses (regresión logística simple):

Considerando los mismos grupos que en el apartado anterior, mediante un análisis de regresión logística simple, se seleccionan los factores de riesgo para la duración de LM < 3 meses.

A continuación, en las tablas CLIII a CLXI, se relacionan los factores de riesgo encontrados, tras el análisis exhaustivo de las variables del estudio, con significación estadística ($p < 0.05$).

Tabla CLIII: DATOS DE SALUD DE MADRE E HIJO Y RIESGO DE DURACION DE LM < 3 MESES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Reaparición de la menstruación tras parto (meses). (N = 332)	3.4642	-1.0858	0.13482	0.33 0.2-0.4
Aparición de grietas en los pezones: 1.Si; 2.No. (N = 319)	0.5050	-0.5582	0.25204	0.57 0.3-0.9

Tabla CLIV: PREVISION DE LACTANCIA Y RIESGO DE DURACION DE LM < 3 MESES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Momento en que la madre decidió el tipo de lactancia respecto al parto: 1.Antes; 2.Después. (N = 393)	0.0617	1.7708	0.54987	5.87 1.9-17.2
Existencia o no de leche de fórmula en domicilio antes del parto: 1.No; 2.Si. (N = 360)	-0.0849	0.8734	0.27139	2.39 1.4-4.1
Duración -meses- prevista de la LM al nacimiento. (N = 362)	1.2227	-0.2272	0.05089	0.79 0.7-0.8

Tabla CLV: HISTORIA DE LACTANCIA Y RIESGO DE DURACION DE LM < 3 MESES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Hijos anteriores alimentados al pecho: 1. ≥ 1 hijo tomó LM ≥ 1 mes; 2. Ninguno de los hijos anteriores tomó LM ≥ 1 mes. (N = 215)	-3E-11	1.0561	0.47495	2.87 1.1-7.2
Madre fué lactada: 1.No o no sabe; 2.Si. (N = 349)	0.6157	-0.6809	0.2267	0.50 0.3-0.7
Nº meses que lactó al 1º hijo. (N = 195)	0.6989	-0.1830	0.05486	0.82 0.7-0.9

Tabla CLVI: ACTITUD HACIA LA LACTANCIA Y RIESGO DE DURACION DE LM < 3 MESES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Refiere o no, la madre, que LM tiene o no ventajas maternas: 1.Refiere ventajas centradas en la madre; 2.No refiere ventajas para la madre. (N = 394)	-0.0800	0.4569	0.21685	1.57 1.0-2.4
Considera la madre que dar de mamar es o no es una obligación materna: 1.Si o depende; 2.No es obligación. (N = 360)	0.0166	0.5780	0.25526	1.78 1.1-2.9
Nº meses de LM que la madre aconsejaría a una amiga. (N = 352)	0.6260	-0.0874	0.03905	0.91 0.8-0.9
Horas mínimas de pausa nocturna de alimentación entre 10º día y 3º mes. (N = 337)	-1.3611	0.2323	0.06441	1.26 1.1-1.4
Mes de inicio del suplemento con biberón. (N = 346)	3.5503	-0.1811	0.02076	0.83 0.8-0.86
Mes de inicio de alimentación complementaria. (N = 367)	2.7361	-0.0601	0.01180	0.9 0.9-0.96

Tabla CLVII: ACTITUD SANITARIA GENERAL Y RIESGO DE DURACION DE LM < 3 MESES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Si el hijo usa o no chupete los primeros días: 1.No usa; 2.Si usa. (N = 394)	-0.3999	1.0343	0.22191	2.8 1.8-4.3
Asistencia de la mujer a cursos de preparación al parto con anterioridad: 1.Si; 2.No. (N = 354)	-0.1967	0.5331	0.23648	1.70 1.1-2.7
Nº de cigarros que fumaba al día la madre durante la gestación. (N = 354)	0.0506	0.0483	0.02207	1.04 1-1.09

Tabla CLVIII: ENTORNO SOCIAL FAMILIAR Y RIESGO DE DURACION DE LM < 3 MESES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
El padre prefiere LM o no, según la madre: 1.Si; 2.No. (N = 394)	0.0756	0.6175	0.29188	1.85 1.04-3

Tabla CLIX: SITUACION SOCIO-CULTURAL FAMILIAR Y RIESGO DE DURACION DE LM < 3 MESES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Lugar del domicilio familiar: 1.Leganés; 2.Fuenlabrada. (N = 354)	-0.1743	0.5875	0.22029	1.79 1.2-2.7
Si la vivienda de la familia es de propiedad: 1.Si; 2.No. (N = 330)	0.2692	-0.7110	0.32498	0.49 0.2-0.9

Tabla CLX: SITUACION PSICOAFECTIVA Y RIESGO DE DURACION DE LM < 3 MESES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Tiempo separada del hijo tras el parto hasta que lo tuvo con ella: 1.<1hora; 2.≥1 hora. (N = 395)	0.0454	0.5492	0.25229	1.73 1.1-2.8
Si le disgusta ser vista amamantando: 1.No; 2.Si. (N = 317)	-0.2791	0.6521	0.23	1.91 1.2-3.0
Momento tras el parto de la 1ª toma de pecho: 1.≤1 hora; 2.>1 hora. (N = 366)	1.6E-10	0.2350	0.01224	1.26 1.2-1.29

Tabla CLXI: SITUACION LABORAL MATERNA Y RIESGO DE DURACION DE LM < 3 MESES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Semanas de permiso laboral tras el parto. (N = 73)	5.1119	-0.3267	0.11637	0.72 0.5-0.9

Modelo de regresión logística múltiple:

El modelo de regresión logística múltiple en relación con la duración de la LM, que incluye los factores de riesgo para la duración de LM < de 3 meses, está expuesto en la tabla CLXII.

Como contraste del modelo global tenemos que:

Logaritmo natural de la función de verosimilitud =
-173.4126

Razón de verosimilitud = 84.3123

gl = 9 p = 0

SIGNIFICATIVO (p < 0.001)

Tamaño de la muestra = 311

Tabla CLXII: MODELO DE REGRESION LOGISTICA MULTIPLE QUE INCLUYE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA DURACION DE LM < 3 MESES

Variable (Nº de casos)	β_0	β_1	EE β_1	OR 95% IC
Duración de la LM: 1. \geq 3 meses; 2. < 3 meses.	-2.4894			
Momento en que la madre decidió el tipo de lactancia respecto al parto: 1. Antes; 2. Después.		2.0727	0.83047	7.94 1.5-40.4
Si la vivienda de la familia es de propiedad: 1. Si; 2. No.		-1.314	0.41154	0.26 0.1-0.6
Si el hijo usa o no chupete los primeros días: 1. No usa; 2. Si usa.		1.0786	0.26988	2.94 1.7-4.9
Madre fué lactada: 1. No o no sabe; 2. Si.		-0.9370	0.27465	0.39 0.2-0.6
Existencia o no de leche de fórmula en domicilio antes del parto: 1. No; 2. Si.		0.7196	0.33223	2.05 1.07-3.9
Considera la madre que dar de mamar es o no es una obligación materna: 1. Si o depende; 2. No es obligación.		0.7553	0.30339	2.12 1.17-3.8
Tiempo separada del hijo tras el parto hasta que lo tuvo con ella: 1. <1 hora; 2. \geq 1 hora.		0.6293	0.31367	1.87 1.01-3.4
Refiere o no, la madre, que LM tiene o no ventajas maternas: 1. Refiere ventajas centradas en la madre; 2. No refiere ventajas para la madre.		0.6776	0.27045	1.96 1.15-3.3
Horas mínimas de pausa nocturna de alimentación entre 10º día y 3º mes.		0.2635	0.07672	1.30 1.11-1.5

V. COMENTARIOS

V.1. ESTADISTICA DESCRIPTIVA Y ANALITICA BIVARIANTE

La leche materna es el alimento idóneo para el lactante durante los 6 primeros meses de vida, aunque la duración ideal de la LM debe tener en cuenta la pareja madre-hijo, la disponibilidad de una alternativa alimentaria satisfactoria y las costumbres en la comunidad (Helsing E,1982).

El valor de la lactancia materna -LM- ha de ser contemplado al menos desde una triple perspectiva biológica, psicológica y social. Cualquier exclusión de uno de estos aspectos implicará problemas derivados del tipo de reduccionismo adoptado: biologista, psicologista y sociologista (Tizón JL,1983).

El inicio y la duración de la LM suponen una decisión personal en la que parecen influir aptitudes maternas y factores psicosociales (Kearney MH,1988) que actúan sobre las mujeres, aun sin ser conscientes de ello (Ekwo EE,1984). Es por lo que, antes de plantear una estrategia que permita mejorar los hábitos de lactancia de las mujeres de Fuenlabrada y Leganés, nos pareció preciso conocer su opinión respecto a la lactancia, su comportamiento como lactantes y las características sociológicas del medio en que se desenvuelven, en la línea preconizada por diversos autores (Ballester A,1989a) (Vahlquist B,1975) (WHO,1981a). A este fin se dirigió la parte inicial y principal de nuestro trabajo.

Los comentarios a los resultados de la estadística descriptiva y análisis bivariante del estudio los efectuamos, para una mejor claridad de exposición, considerando los siguientes apartados:

1. Historia obstétrica y embarazo actual.
2. Datos sociales.
3. Datos culturales y aficiones.
4. Datos económicos y laborales.
5. Datos psicoafectivos.
6. Datos sanitarios, educación y cultura sanitaria.
7. Referencias, creencias y conocimientos sobre lactancia.
8. Inicio y evolución de la lactancia.
9. Datos de la alimentación complementaria (beikost).

10. Desarrollo somatométrico y psicomotor de los niños.
11. Datos de salud del niño, según la madre.
12. Datos de salud de otros miembros de la familia, según la madre.
13. Datos de salud de la madre, según ella misma.
14. Incidencias de las encuestas del estudio.

HISTORIA OBSTETRICA Y EMBARAZO ACTUAL

Destacamos, en primer lugar -tabla I- aquellos factores obstétricos que mostraron influencia en nuestro estudio sobre el inicio o duración de la LM.

Tabla I: FACTORES DE LA HISTORIA OBSTETRICA QUE DEMOSTRARON RELACION CON LA LACTANCIA EN NUESTRO ESTUDIO

Variable considerada	Inicio LM	Duración LM
Nº de hijos vivos	X	
Nº de cigarrillos durante el embarazo fumados por la madre		X

Las madres que encuestamos, tenían una media de 2 embarazos por mujer y una media de 1.9 hijos vivos. Datos próximos a los de Navarra -media de niños por hogar es de 2.2- (Sánchez-Valverde F, 1988) y habituales en la sociedad actual. La pequeña diferencia entre el número de embarazos reseñados y el de recién nacidos vivos, se debió a los abortos -la mayoría por causas naturales- y a la mortalidad en la edad pediátrica, escasa en nuestro medio -en 6 de las madres encuestadas existía un antecedente de hijos anteriores fallecidos, por causas perinatales-.

Encontramos relación entre el número de hijos vivos y el tipo de lactancia al nacer ($p < 0.05$), de forma que en el grupo de madres con 3 hijos o menos, se inició LM en 91% de casos frente a 76% de inicio en el grupo que tiene más de 3 hijos, incluido el actual.

Aunque para algunos (Díaz E, 1986) (Lyon AJ, 1983b), la

paridad no se relaciona con el tipo de lactancia al nacimiento. Nuestros datos coincidieron con la mayoría de autores, que señalan la existencia de alguna relación: el mayor número de madres que escogen la LM son primíparas o mujeres con 1 o 2 hijos (Martínón F, 1985) (Mazón A, 1989), opinión contraria a la de otro estudio más antiguo en nuestro país (Crespo M, 1976). Madres con 4 ó más hijos, inician LM en el hijo pequeño menos de lo esperado respecto al grupo con menos hijos (Dargallo JL, 1987) (Ramos I, 1985). La experiencia de un hijo anterior aparece asociada al hecho de adoptar la LM y rechazar la artificial (Sánchez-Valverde F, 1988).

Si se trataba del primer hijo, encontramos una mayor tendencia a iniciar LM que cuando no lo era, lo que va en la dirección de quienes han observado que un mayor porcentaje de madres primíparas dan LM respecto a las no primíparas (Jones DA, 1987) (Rico JL, 1982).

No encontramos relación entre número de hijos vivos y la duración de la LM, lo que coincide con lo señalado por otros (Díaz E, 1986) (Ståhlberg M-R, 1985) (Verronen P, 1984). Diferiendo de quienes encuentran que el aumento de paridad se relaciona con una mayor duración de LM (Bloom K, 1982a) (Cerezo MA, 1986) (Crespo M, 1976) (Jones DA, 1986a) (Ramos I, 1985) (Sánchez-Valverde F, 1988), en parte explicado porque ese aumento de paridad puede estar en relación con un incremento de la cantidad media de leche materna succionada al día en los primeros días de vida, punto de partida satisfactorio para una lactancia prolongada (Zuppa AA, 1986), o bien por una mayor experiencia de la madre.

Vimos que la edad del hijo anterior al actual era, por término medio de 4.8 años, dato similar -4.6- a un reciente estudio en Navarra (Sánchez-Valverde F, 1988). En 1977 De Miguel encuentra que, como media, el segundo hijo nace 2.4 años después del primero (De Miguel JM, 1980), lo que nos hace pensar en un mejor control de natalidad que en años precedentes.

En nuestro estudio, ni la edad del hijo mayor ni la del hijo anterior al actual se relacionaron con el tipo de lactancia iniciada ni con la duración de la LM. Estos datos nos indican la inexistencia de sesgo por razón de proximidad o lejanía de anteriores embarazos.

Los hábitos maternos durante el embarazo, pueden reflejar, en cierta medida el comportamiento postnatal de la mujer. Nos parece destacable lo siguiente:

1. Hábito tabáquico: Predominaron en nuestro estudio -65%- las madres no fumadoras durante el embarazo. Datos parecidos se encuentran en la literatura -68%- (Cerrudo R,1987) -55%- (Sánchez-Valverde F,1988) -79%- (Ballester A,1989b). Encontramos que las madres fumadoras, lo hacían, en general, de forma moderada -media diaria de 8.5 cigarrillos-.

No observamos relación entre fumar ó no durante el embarazo y el tipo de lactancia al nacer. Ello coincide con algunos estudios (Cobaleda A,1989) (Sánchez- Valverde F,1988), aunque para otros autores, más madres del grupo de fumadoras eligen biberón al nacimiento (Birenbaum E,1989) (Couce ML,1987) (Lyon AJ,1983a). Aunque en otros casos parece que los buenos hábitos prenatales -no ingesta de alcohol, ni consumo de tabaco ni de otras drogas ilegales durante el embarazo-, se relacionan con una mayor frecuencia de elección de LM (Grossman LK,1990).

No encontramos en las madres que fumaron durante la gestación, una relación entre el número de cigarrillos/día durante el embarazo y el tipo de lactancia al nacer. Sin embargo, encontramos relación entre el número de cigarrillos diarios fumados durante el embarazo y la duración de la LM ($p < 0.05$). Lo que contrasta con otros estudios donde no encuentran relación entre el hábito de fumar de la madre y la duración de la LM (Cobaleda A,1989) (Sánchez-Valverde F,1988), o bien, encuentran una relación inversa entre el consumo de tabaco de los padres y la duración de la LM, de forma que las madres fumadoras tienden a abandonar la LM de forma precoz (Buñuel JC,1990) (Feinstein JM,1986) (Florack E,1984) (Lyon AJ,1983a) (Ståhlberg M-R,1985), aunque este efecto se atribuye a un tipo de personalidad más insegura y tensa de las madres fumadoras (Whichelow MJ,1979).

2. Consumo de café: Solían tomar café durante el embarazo la mayoría -71%- de las madres de nuestro estudio, si bien lo hacían con moderación -2 tazas al día-. En otros estudios, al contrario que en nuestro caso, la mayoría de las madres -76%- no consume café durante la gestación (Ballester A,1989b).

El número de tazas de café diarias consumidas por las madres

durante el embarazo no se relacionó, en nuestro estudio, con el tipo de lactancia iniciada de RN ni con la duración de la LM.

3. Consumo de bebidas alcohólicas con las comidas, durante el embarazo: El 82% de las madres que seguimos, o no tomaba alcohol con las comidas o lo hacía ocasionalmente. De las restantes, tomaban vino o cerveza en proporción 3 a 1. Encontramos publicados datos similares -88%- a los nuestros (Ballester A,1989b), -74%- (Martín-Calama J,1985d).

El consumo o no de bebidas alcohólicas con las comidas no se relacionó, en nuestro estudio, con el tipo de lactancia al nacer ni con la duración global de la LM, si bien hubo una mayor tendencia a iniciar la LM entre aquellas madres que comían con vino o cerveza.

El consumo entre comidas de vino, cerveza, licores ó combinados no fué admitido por 79% de las madres. En tanto que el 21% restante si lo ingería, al menos de vez en cuando -1 de cada 200 madres, diariamente-, lo que coincide -19%- con lo descrito en otro estudio (Martín-Calama J,1985d).

La mayoría de las madres -84%- nos indicó que, como era de esperar (Florez JA,1988), sus pechos experimentaron crecimiento, en general moderado, durante la gestación. Ello concuerda con los datos de otro estudio -un volumen mamario medio en 74% de casos, excesivo en 18% y mínimo en 8% - (Martín F,1985), sin que las diferencias de volumen supongan dificultades para la LM.

Encontramos una mayor tendencia a iniciar LM entre las madres que experimentaron crecimiento del pecho durante el embarazo. El crecimiento de los pechos no se relacionó con la duración de la LM, lo que va en contra del sentir popular de que un mayor volumen mamario supone una garantía para una mejor lactancia.

Las madres del estudio ganaron, como media, 10.4 kg durante el embarazo, cifra esperable por la bibliografía. No encontramos relación de la ganancia ponderal durante la gestación con el tipo de lactancia al nacimiento ni con la duración de la LM. Aunque, en la literatura, se señala que la producción media diaria de leche materna en un grupo de madres lactantes se relaciona con el estado de nutrición materno al comienzo del embarazo, siendo

significativamente más alta en las madres con sobrepeso (Infante C, 1985).

La mayoría -56%- de las madres de nuestro trabajo expresó no haber sufrido padecimiento alguno durante éste último embarazo. De las que experimentaron molestias, el grupo mayor -18%- tuvieron trastornos inespecíficos ó de difícil encuadre en grupos bien definidos -como problemas respiratorios, ginecológicos-, que fueron referidos en menor porcentaje. A la luz de otros estudios (Apellaniz A, 1990), se comprueba que la mayoría de complicaciones que crean "malestar" en el transcurso del embarazo, tienen una fuerte carga subjetiva.

No encontramos relación, en nuestro estudio, entre la existencia o ausencia de padecimientos de la madre en el embarazo, según su criterio, y el inicio o no de LM ni la duración de la misma.

En nuestro estudio, el estado físico de la mujer al principio y al final del embarazo, según su propio criterio, es referido como una situación buena, los primeros y los últimos meses de embarazo, respectivamente, en el 56% y 66% de casos. Los porcentajes de las madres que se encontraban mal o muy mal disminuyeron según avanzaba la gestación desde un 29% a 16%. Lo anterior se puede explicar desde la perspectiva de una mejor aceptación del embarazo.

No encontramos relación entre el estado físico de la madre durante el embarazo y el inicio o no de LM ni con la duración de la LM. Ello está de acuerdo con el estudio sobre LM de la OMS, donde no se comprueba relación alguna entre la prevalencia de la LM y el estado de salud de la madre durante el embarazo, valorado por ella misma (WHO, 1981a).

Según las madres de nuestro estudio, la actividad -trabajo, faena doméstica- que tenían que hacer durante el embarazo les resultó beneficiosa en el 48% de casos, perjudicial en el 13%, y ni una ni otra en el 39%. Aunque, las actividades habituales realizadas durante el embarazo, fueron señaladas como fatigosas, a menudo o a veces por un 52% de las mujeres.

Las madres dedicaban a las labores propias de la casa, durante este embarazo, una media de 4.5 horas diarias, lo que,

entendemos, supone un gran esfuerzo de dedicación para atender las tareas domésticas.

En los últimos tres meses del embarazo, en su trabajo diario más mujeres de nuestro estudio refirieron haber estado más tiempo de pié -46% de casos- que sentadas -33%- . El 21% restante valoró que pasaba igual tiempo de pié que sentada.

Lo anterior, nos acerca a la consideración hecha por algunos autores de que el embarazo se convierte, en la sociedad actual, en un proceso estresante, probablemente relacionado con los cambios socioculturales que afectan a la mujer, incluida la crisis de la familia. Si bien, muchas embarazadas se sienten perfectamente, contentas y sin presentar trastornos evidentes, sobre todo cuando hay un equilibrio psicoafectivo, apoyo emocional y social, así como una estructura socioeconómica idónea (Flórez JA,1988). Aunque no encontramos relación entre estos aspectos de dedicación materna a tareas domésticas y el tipo de lactancia al nacer ni la duración de la LM, un alto nivel de ansiedad de la mujer durante el embarazo es un factor muy significativamente relacionado con la presencia de problemas de alimentación del lactante, sin una causa médica obvia, en el primer año de vida (Dahl M,1986).

La preocupación por el estrés llega hasta el punto de que las consecuencias que puedan tener sobre el RN el que la madre acuda a clases -estudiantes- o a un trabajo fuera del hogar durante el embarazo se han convertido en un importante tema de salud pública. En EEUU, la Asociación Médica Americana ha publicado unas normas (AMA,1984) en las que sugiere que las mujeres cuyo trabajo requiera prolongados lapsos de tiempo en bipedestación, lo interrumpan hacia las 24 semanas de gestación, mientras que aquellas otras que trabajen sentadas pueden continuar haciéndolo hasta el final del embarazo.

Hay investigaciones en Europa que hablan de ausencia de efectos perjudiciales del trabajo materno durante el embarazo sobre el crecimiento intrauterino (Ulrich M,1982) y consecuencias perinatales (Murphy JF,1984). Es posible que las mujeres sanas con embarazos de bajo riesgo no complicados, que se sienten lo suficientemente bien como para asistir a clases o trabajar durante la gestación, incluso en empleos que requieran bipedestación, puedan hacerlo así sin temor a que se acorte la duración del embarazo o que se produzca un retraso del

crecimiento intrauterino (Murphy JF,1984) (Zuckerman BS,1986).

En el estudio predominaron los partos con presentación cefálica -97.7%- frente a las demás -nalgas, 1.5%; otra presentación, 0.8%-. Se trató de parto vaginal en 91% de casos, con un 9% de cesáreas. La mayoría -83%- fueron partos no instrumentales. Estos datos son representativos de los partos habidos en 1988 en el hospital de Area, de donde proceden (Hospital Severo Ochoa,1989) -presentación cefálica en 96% de casos, partos vaginales 87% y 13% cesareas. Los partos eutócicos suponen el 78% del total e instrumentales el 22% restante-. Igualmente, los datos del estudio concuerdan con otro precedente (González FJ,1989a) en Fuenlabrada -82% de partos eutócicos de los niños seguidos en consulta-.

Que el parto, en nuestro estudio, fuera eutócico o distócico, vaginal o cesarea no se relacionó con el tipo de lactancia de RN ni con la duración global de la LM, en quienes la escogieron. Como en nuestro caso, otros autores no encuentran relación del tipo de lactancia elegida en el hospital con la modalidad del parto (Lyon AJ,1983b), la inducción del parto -primogénitos-, uso de analgesia epidural o métodos de parto quirúrgico o instrumental (Hally MR,1984). La mayor frecuencia de LM al nacer en los casos de cesárea o parto asistido en los recién nacidos de poco peso (Tamminen T,1983) no se encuentra si se consideran lactantes sanos nacidos a término en los que los acontecimientos perinatales parecen tener escasa influencia (Lyon AJ,1984) (Verronen P,1984).

Como en nuestro estudio, otros no encuentran influencia en la duración de la LM por el tipo de parto patológico ó no (Ramos I,1983), o entre parto vaginal y cesárea electiva, aunque si observan menor duración de LM si se trata de cesárea de urgencia (Victoria CG,1990), hecho que nosotros no discriminamos.

A pesar de lo anterior, cabe pensar a la luz de otros estudios, que todas las situaciones que requieren actuaciones médicas y paramédicas, bien instrumentales o farmacológicas¹, pueden tener un efecto desfavorable, casi siempre significativo,

¹ Como: inducción al parto, parto prolongado, parto instrumental vaginal o abdominal, particularmente en emergencias; uso de infiltración local; uso de oxitócicos durante el parto, para la inducción; anestesia general prolongada en cesáreas.

sobre la LM (Zuppa AA,1984), ya que, de alguna forma, obstaculizan el contacto temprano madre-hijo y la pronta iniciación de la LM, puesto que la madre a la que se ha practicado una cesárea está perfectamente capacitada para amamantar; lo que puede causar dificultades es el problema de la cirugía en sí y las razones por las que se hizo. La administración de ergometrina i.v., rutinariamente, en fase de dilatación, a las mujeres con intención de lactar, se asocia a una menor duración de la LM (Begley CM,1990).

Otros argumentan que en los nacidos por cesárea o parto asistido se inicia significativamente menos la LM que los niños sanos nacidos normalmente (Calzolari C,1989) (Dargallo JL,1987) (González FJ,1989a) (Lucchini R,1984) (Tamminen T,1983) y LM durante menos tiempo (Andrés A,1989) (Dargallo JL,1987) (Grossman LK,1990) (Lucchini R,1984). El inicio temprano de la LM tiene una marcada influencia positiva en el inicio y duración de la LM en ambas modalidades de parto (Lucchini R,1984).

Hay estudios que muestran que es menos duradera la LM en niños nacidos de cesárea (González FJ,1989a) (Grossman LK,1990). Ciertamente, la puesta al pecho inmediatamente tras el parto y el prolongado contacto temprano entre la madre que ha sufrido una cesárea y su hijo es más difícil y posiblemente menos apropiado que en caso de parto vaginal (Grossman LK,1990).

Por otra parte, es posible que el que se trate de una cesárea, puede tener importantes consecuencias a nivel de relaciones padre-hijo lactante, ya que al tener que dedicar más atención al padre al hijo los primeros días de vida es posible que dediquen más tiempo luego, en el hogar, a las actividades de cuidado y crianza del niño (Parke RD,1981).

Aunque para algunos, la duración de la estancia de la madre en el hospital no tiene efecto en el tipo de lactancia (Lyon AJ,1983b), nos inclinamos a pensar, como otros, que una madre primípara a la que se dá el alta precozmente, antes de que aparezca la leche y antes de haber aprendido una buena técnica de amamantamiento, pierde la ayuda útil que podría recibir del personal experimentado (Lawrence RA,1987). Ello tiene importancia en nuestro caso ya que en el hospital de Leganés las madres son dadas de alta al 3º día si el parto es eutócico y a la semana, si es cesarea, por lo que muchos RN abandonan el hospital con sus

madres precozmente, con tiempo escaso para aconsejar a la madre (Kraybill EN,1983).

DATOS SOCIALES

Destacamos -tabla II- aquellos factores que mostraron influencia en nuestro estudio sobre el inicio o duración de la LM.

Tabla II: FACTORES DE INDOLE SOCIAL QUE DEMOSTRARON RELACION CON LA LACTANCIA EN NUESTRO ESTUDIO

Variable considerada	Inicio LM	Duración LM
Edad materna	X	
Población del domicilio familiar		
-Fuenlabrada o Leganés-		X

Está descrito que las madres con mayor apoyo -abuela, padre del niño, amigas, profesionales de la salud, clases preparto, grupos de promoción de lactancia, etc.- inician más frecuentemente LM (Grossman LK,1990). De igual forma, el apoyo psicosocial de la familia es importante ya que parece aminorar los temores maternos por las demandas de la lactancia. La carencia de este apoyo se asocia con LM menos prolongada (Ekwo EE,1984). En nuestro estudio, como comentaremos seguidamente no pudimos demostrar la existencia de influencia de estos factores en la lactancia.

En el estudio, la edad de las madres encuestadas y de los padres de los niños en cuestión mostraron, como era de esperar, unos valores medios similares (Apellaniz A,1990) (Sánchez-Valeverde F,1990). La media de edad encontrada en las madres del estudio se corresponde con la de las madres de la población de referencia (Hospital Severo Ochoa,1989).

Diecinueve madres de nuestra muestra tenían menos de 20 años en el momento del parto. Aunque nosotros no pudimos verificarlo,

se dice que la probabilidad de que una adolescente alimente con LM a su hijo puede ser mayor si: percibe más ventajas en la alimentación al pecho, desea saber más sobre la LM, ha sido amamantada en su infancia, indica tener apoyo social en su ambiente y percibe menos barreras para alimentar a pecho a su hijo (Joffe A,1987).

En nuestro estudio, las madres más jóvenes -de menos de 29 años- iniciaron más frecuentemente la LM al nacimiento ($p<0.05$) que las de mayor edad, lo que está de acuerdo con otros estudios (Couce ML,1987) (Dargallo JL,1987) (Florack E,1984) (Martín F,1985) (Morán J,1992a) (Rico JL,1982).

Para otros, las madres de más edad eligen más frecuentemente la LM (Calzolari C,1989) (Crespo M,1976) (García A,1980) (Grossman LK,1990) (Hally MR,1984) (Jones DA,1987) (Sjölin S,1977), quizá porque las más jóvenes tengan menores conocimientos sobre la práctica de la LM (Florack E,1984) (Radius SM,1988). Y hay quien no encuentra diferencias de inicio de LM por razón de la edad materna (Gil JM,1986) (Sánchez-Valverde F,1988) (Zamora V,1988), si bien, las mujeres más jóvenes parecen tener mayor ilusión por la LM y las mayores tienen mayor experiencia por hijos anteriores (Zamora V,1988). Por último, otros indican que son las madres de los grupos extremos de edad, las más jóvenes y las mayores las que menos lactan (Tamminem T,1983).

En parte, la disparidad de resultados en la literatura, respecto al criterio "edad materna", se debe a diferente metodología de las investigaciones (Sánchez-Valverde F,1990).

Nosotros no evidenciamos que la edad materna se relacionase con la duración de la LM, en lo que coincidimos con algunos estudios (Fernández-LLebrez J,1990) (Mazón A,1989) (Ramos I,1983). Hay quien opina (Dargallo JL,1987) que la intención de lactar es determinante principal de la duración de la LM y, cuándo aquella existe, se lleva a cabo sin diferencias por razón de edad materna, paridad y medio sociocultural. En términos generales, el estudio de la OMS (WHO,1981a), no encuentra relación alguna entre la prevalencia de la LM, por una parte, y la edad y la capacidad reproductora de la madre, por otra.

Una combinación de madres de más edad en el momento del parto y más años de escolarización muestra una más alta tasa de

prevalencia de LM respecto a otros grupos de madres a las 16 semanas (Wright HJ,1983). Algunos autores observan que la duración de la LM es mayor en las madres de más edad que en las más jóvenes (Cerrudo R,1987) (Cobaleda A,1989) (Crespo M,1976) (Marzo F,1987) (Feinstein JM,1986) (Gil JM,1986) (Temboury MC,1990e) (Rassin DK,1984), para otros, esa tendencia existe pero no es significativa (Sánchez-Valverde F,1988) (Verronen P,1984). Otros comunican que las madres más jóvenes dan LM durante más tiempo (Calzolari C,1989) (Pérez-Chóliz V,1986).

El 90.3% de las 3189 madres que parieron en el hospital de Leganés en 1988 eran de Fuenlabrada o Leganés. El porcentaje de partos en el hospital de Area, según la procedencia de la madre de las dos poblaciones de estudio, en 1988 (Hospital Severo Ochoa,1989) es -2881 partos-: 58.6% de Fuenlabrada y 41.4% de Leganés. Por ello, el predominio, en nuestra muestra, de los partos de Fuenlabrada -62%- sobre los de Leganés -38%- era esperable, y se relaciona con la mayor tasa de natalidad en la primera de estas poblaciones.

Según los datos de la Comunidad de Madrid (CAM,1989a), en 1988 el porcentaje de partos comparando ambas poblaciones resulta ser: 60.4% de Fuenlabrada y 39.6% de Leganés, proporciones que se mantienen en nuestra muestra.

El 98% de las 395 mujeres encuestadas por nosotros estaban casadas ó viviendo como pareja estable, lo que coincide con lo esperado (Martín-Calama J,1985d), y esta situación tenía 5 años de evolución por término medio. Con un grupo tan homogéneo no tuvimos ocasión de verificar si, como señalan otros, las madres casadas eligen con más frecuencia la LM (Grossman LK,1990) (Hally MR,1984) (MacGowan RJ,1991), o que la inestabilidad matrimonial, disminuye la incidencia y duración de la LM (Ekwo EE,1983) (Ekwo EE,1984).

Los lugares de origen de los progenitores de los niños del estudio reproducen la procedencia inmigratoria a Fuenlabrada y Leganés, con predominio de los de: Madrid, Castilla-La Mancha, Castilla-León, Extremadura y Andalucía, datos que se corresponden con los publicados (CAM,1989d).

No evidenciamos diferencias en el tipo de lactancia elegida al nacimiento ni en duración de la LM entre las madres procedentes del medio urbano y del rural. En este aspecto, no hay acuerdo en los datos consultados. Así, para unos, la LM resulta menos frecuente y de menor duración en el medio rural que el urbano (Morán J, 1992a) (Ruiz C, 1989). Otros, sin embargo, indican que habitar en una zona rural aislada o una pequeña población influye positivamente sobre la LM (Ándrés A, 1989).

Los lugares de residencia de los abuelos maternos y paternos, deberían darnos idea del apoyo del que disponían los padres del niño que incluimos en el estudio, por razón de proximidad o lejanía geográficas. La mayoría de ellos residían en la CAM (74% de los maternos y 75% de los paternos), un 14% en Castilla-León o Castilla-La Mancha.

La procedencia de los abuelos maternos de medio urbano o rural, parece vincularse con ciertas tradiciones familiares. En nuestro estudio, no se relacionó, sin embargo, con la duración de la LM en los casos en que fué ésta la elegida al nacer el hijo. Sin embargo, se dice que, en España, un 44% de abuelas maternas influyen en la decisión de amamantar a sus nietos (Morán J, 1992b).

La antigüedad del establecimiento de residencia materno y paterno en la zona -Fuenlabrada/Leganés- resultó similar, con 9 años como media, en nuestro trabajo. No encontramos relación del nº de años de residencia en las localidades de Fuenlabrada y Leganés de la madre con la elección de LM o biberón al nacimiento del hijo y se observó una tendencia de mayor duración de LM entre las mujeres con más antigüedad de establecimiento de residencia en la zona.

En el estudio de la OMS (WHO, 1981a), para calcular la posible influencia de la migración en las prácticas de alimentación de lactantes, se toma como medida de estabilidad residencial "menos de 3 años" y "más de 3 años". No se detecta ninguna relación apreciable con la prevalencia de la LM. Sin embargo, están descritos cambios en los hábitos de alimentación de los lactantes coincidentes con la urbanización y la inmigración, sobre todo en lo relativo a una menor duración de la LM (Desantis L, 1986) (Gussler JD, 1980) (Koçtürk TO, 1986a).

El porcentaje de madres que iniciaron la LM fué similar entre las de Fuenlabrada y Leganés, si bien la duración de la LM fué mayor en las procedentes de Leganés ($p < 0.05$), con una diferencia como media de 24 días más, posiblemente explicada por su mayor antigüedad de residencia en la zona, y por consiguiente, mayor estabilidad residencial.

El apoyo de las abuelas, con los primeros nietos parece, tradicionalmente, ser mayor. En nuestro estudio, el número de nieto que hacía el niño actual, en rama materna o paterna, no se relacionó con el tipo de lactancia iniciada de RN ni con la duración de la LM.

En nuestro estudio, contaron con ayuda para las faenas de la casa de manera frecuente u ocasionalmente durante el embarazo, un 41% de madres. Aunque la ayuda no se relacionó con el tipo de lactancia al nacer ni con la duración de la LM.

Según nos indicaron las madres, en el 83% de casos el padre del lactante deseaba estar presente en el parto. De hecho, un 71% acompañó a la mujer durante el parto. En 3% de casos hubo otro acompañante en el paritorio. El deseo o no del padre de estar presente en el parto y el hecho de que la madre estuviera sola o acompañada en el paritorio, no se relacionaron con el tipo de lactancia al nacer ni con la duración de la LM. Otros autores, en cambio, encuentran que las madres cuyos maridos asisten al parto dan LM más a menudo y durante más tiempo que las demás (Tamminen T, 1983).

La proximidad del lugar de trabajo del cabeza de familia -es la misma población de residencia o sus alrededores en el 43% de casos-, la frecuencia de viajes por causa del trabajo -escasos o nulos en la mayoría de casos-, el turno laboral del cabeza de familia -fijo en el 65%-, el número de comidas que hacía éste en su hogar, son datos, todos ellos, que pueden relacionarse con el apoyo que la mujer podría recibir de su conyuge, y que no se relacionaron en nuestro estudio con el tipo de lactancia elegida para el RN ni con la duración de la LM.

Las madres refirieron haber contado en el 84% de casos, con

ayuda, en alguna medida, los primeros días tras el parto. Estas ayudas disminuyen de forma importante tras las primeras semanas postparto. La disponibilidad de ayuda materna en el postparto inmediato o tardío no se relacionó con el inicio de LM o biberón ni con la duración de la LM.

Entre los 3 y 6 meses de edad del lactante, dos de cada cinco madres, refirieron no disponer de personas que compartiesen con ella el cuidado de los hijos. Si bien, el 89% de las madres indicó contar con alguien para cuidar al niño si tenía que salir. En la bibliografía, se reseña esta importante falta de apoyo hacia las madres, por parte de los familiares y los sanitarios (Rodríguez JR, 1988).

Las madres del estudio acudieron acompañadas a las citas para entrevista en el 74% de casos en la visita al 10º día, disminuyendo al 50% en la siguiente cita al 3º mes, sin que se evidenciase relación entre ese hecho y el tipo de lactancia iniciada al nacer ni la duración de la LM.

Las madres dijeron que ellas se ocupaban del hijo por las noches, casi siempre exclusivamente -92%- ó, en contadas ocasiones -6% de casos-, con apoyo del padre. Lo que muestra el poco apoyo que recibían en este sentido de sus parejas.

Un 87% de las madres de nuestro estudio señaló disponer de alguien que le ayudara a atender a la prole entre el 10º día postparto y el 3º mes. En 58% de los casos esa persona era el padre del niño. Los aspectos en los que, sobre todo, colaboraba el padre en la atención al hijo menor, resultaron ser: jugar con el niño -lo señaló un 61% de las madres-, dar el biberón -26%- y el apoyo en otras actividades, con menor frecuencia. Un pequeño porcentaje de padres -5%-, no colaboraba en ningún aspecto. De todas formas, la ayuda recibida del padre del niño no se relacionó con la duración de la LM.

Las mujeres se mostraron conformes con el grado de atención que el padre dispensaba al hijo en 71% de casos, sin embargo, 27% de madres opinaron que el padre debería colaborar más, aunque esta circunstancia no se relacionó con la duración de la LM.

Lentamente, la afirmación de que el padre es una necesidad biológica pero un accidente social, va siendo cada vez menos

ostensible. Los diversos cambios tecnológicos, económicos e ideológicos en nuestra sociedad están dando una nueva definición de lo que es ser padre. La actividad laboral de la mujer, el no disponer de la red auxiliar de parientes próximos -familia nuclear más aislada- entre otros son factores que favorecen que muchos padres participen activamente en el cuidado y crianza de sus hijos pequeños (Parke RD,1981).

En el contexto familiar, el padre parece influir de forma indirecta sobre sus hijos al afectar el comportamiento de la madre. Las tensiones y conflictos dentro del matrimonio pueden asociarse a una mayor ineptitud por parte de la madre en la alimentación del lactante mientras que cuanto mejor es la relación entre los padres, más eficiente se muestra la madre en alimentar al hijo (Parke RD,1981). Es importante el papel del padre en el apoyo a la madre y el cuidado del niño (Pérez-Sánchez M,1981) (Sameroff AJ,1981). El padre está en una excelente posición para favorecer el vínculo madre-hijo (Parke RD,1981) (Winnicott DW,1970).

En general, las madres que se incorporan a la vida laboral dejan a su hijo lactante en la guardería cuando no tienen alguien de su confianza que lo cuide o bien el coste del cuidado en casa supera el del establecimiento. En nuestro estudio, que el niño fuese o no llevado a guardería al iniciar la madre su actividad laboral, no influyó en la duración de la LM.

El 94% de las madres de nuestro estudio manifestó estar a gusto en el piso donde vivía, pero ello no se relacionó con la duración de la LM.

Aunque en nuestro trabajo no pudo ser demostrado, está descrito que las preocupaciones familiares pueden reducir el suministro de leche materna (Illingworth RS,1983).

Llama la atención en nuestro estudio, el razonable criterio de las madres en cuanto al espaciamiento de los embarazos, pues como mínimo, estimaba la madre adecuado entre dos nacimientos que transcurriera una media de 2.8 años y máximo 3.4 años.

Consideramos alto -77%- el porcentaje de empleo de precauciones ante un nuevo embarazo tras este parto, tomado por

las madres del estudio, sin embargo, que la madre pusiera o no medios para evitar un nuevo embarazo tras el puerperio no se relacionó con la duración de la LM.

Según la utilización que señalaron las madres de nuestro estudio para evitar un nuevo embarazo, predominó el preservativo -55%-, seguido de la 'píldora' -31%-. Los métodos quirúrgicos supusieron un porcentaje -11%- nada desdeñable. Los restantes fueron empleados por menos del 5% de mujeres. Las mujeres de nuestro estudio iniciaron pronto las precauciones anticonceptivas tras este parto -a los 2.5 meses-, aunque quizás no lo suficientemente pronto si consideramos que las relaciones sexuales se suelen reiniciar precozmente, antes de las 6 semanas postparto (Dargallo JL,1987). Si bien en nuestro estudio no se evidenció, en la literatura se sugiere que las madres que dan el pecho están más ansiosas por reanudar el intercambio sexual después del nacimiento que las madres que alimentan con biberón, tal vez por la actividad sexual hormonal ó bien porque se trate de mujeres que disfrutan más con sus funciones corporales, razón por la cual eligieron amamantar y reanudar el contacto sexual (Messenger M,1982) (Nogales A,1989a). Además, la LM no parece afectar el goze sexual de la mujer (Ellis DJ,1985).

Aunque no hemos tenido ocasión de demostrarlo, parece que los anticonceptivos orales ejercen una influencia negativa sobre la LM (Croxatto HB,1983) (Díaz S,1983) (Peralta O,1983).

Estimamos que no se ha de llegar a una competición entre requerimientos de la madre de una adecuada contracepción y la nutrición del niño (AAP,1981b). Así, coincidimos con otros (Chao S, 1987) (Dargallo JL,1987) en que parece recomendable aconsejar a las mujeres que dan el pecho, el empleo de métodos barrera -preservativo, diafragma vaginal- para iniciar -a la 6ª semana del puerperio- una eficaz anticoncepción, habida cuenta de la precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, la corta duración de la LM, la rápida recuperación de la menstruación y por tanto de la ovulación, en nuestro medio. El aumento de utilización de métodos de barrera, además, va en detrimento de métodos menos eficaces como el coitus interruptus (Dargallo JL,1987).

La importancia de la orientación anticonceptiva se acrecienta debido a que las mujeres en las semanas que siguen

inmediatamente al parto, especialmente las que dan LM y permanecen amenorreicas, no están tan altamente motivadas para usar anticonceptivos como se suponía (Laukaran VH,1985).

En nuestro estudio, como en otros (Ellis DJ,1985), el preservativo parece ser el método anticonceptivo más frecuentemente usado a los 3 y 6 meses postparto. Según la OMS, la contracepción oral es el método más extendido mientras que los diafragmas y los dispositivos de espuma son los menos corrientes; aunque, el empleo de contraceptivos disminuye en razón directa con la posición socioeconómica de la comunidad y los métodos varían mucho (WHO,1981a).

DATOS CULTURALES Y AFICIONES

Mostramos seguidamente -tabla III- el factor que mostró influencia en nuestro estudio sobre la LM.

Tabla III: FACTORES DE INDOLE CULTURAL QUE DEMOSTRARON RELACION CON LA LACTANCIA EN NUESTRO ESTUDIO

Variable considerada	Inicio LM	Duración LM
Aficiones maternas	X	

La importancia que damos a la educación materna se basa en que es universalmente reconocida como el factor de mayor efecto sobre el bienestar infantil (Cornia GA,1983) así como, en general, demuestra ser el mejor factor indicativo de la calidad de la dieta consumida por los niños (Hagman U,1986).

Un 52% de madres y 55% de padres de los lactantes de nuestro trabajo, no superaban los estudios primarios. Disponían de estudios universitarios sólo un 3% de madres y 4% de padres. Esta uniformidad de nuestra muestra puede justificar que no encontráramos relación entre el nivel de estudios materno y el tipo de lactancia que se inició al nacer, si bien la menor tendencia al inicio de LM se evidenció en madres que no llegaban a tener estudios primarios completos y en las universitarias. La

duración de la LM no se relacionó con el nivel de estudios de la madre, aunque en las universitarias que iniciaron LM se observó una tendencia a una duración mayor de la LM.

En la literatura consultada, no existe acuerdo. Para unos, un mayor nivel de educación se asocia con mayor frecuencia de elección de LM (Birenbaum E,1989) (Cerezo MA,1986) (Grossman LK,1990) (Hally MR,1984) (Kirinij N,1988) (MacGowan RJ,1991). Para otros no hay asociación entre nivel de estudios de la madre y tipo de lactancia inicial (Sánchez-Valverde F,1988).

Existe también discrepancia en cuanto a su influencia sobre la duración de la LM: para unos, una mayor duración de LM se asocia con mayor nivel de educación materna (Cerrudo R,1987) (Feinstein JM,1986) (Hoffmans MD,1986) (Pérez-Chóliz V,1986). Para otros, no hay asociación (Cerezo MA,1986) (Fernandez-Llebrez J,1990) (Gil JM,1986). Otros señalan que las madres sin estudios dan LM durante más tiempo (Martín-Calama J,1985b) (Martín-Calama J,1986). Algunos no encuentran asociación entre el nivel de estudios de la madre y la duración de la LM (Sánchez-Valverde F,1988). Otros consideran que influye positivamente sobre la LM, que la madre sea universitaria (Andrés A,1989) (Rumeau-Rouquette C,1980) (Ståhlberg MR,1985) (Sjölin S,1977).

En los países occidentales, generalmente son las mujeres de las clases más elevadas, con altos niveles culturales, las que dan el pecho a sus hijos con mayor frecuencia y durante más tiempo (Brown RE,1988) (Florack E,1984) (Houston MJ,1983) (Reniers JR,1983) (WHO,1981a) que las mujeres de las clases más bajas. Lo contrario ocurre en los países en vías de desarrollo, donde la LM se da más entre las mujeres tradicionales, menos cultas (Forman MR,1984a) (WHO,1981a).

En el estudio de la OMS, se observa que en Suecia, el nivel de instrucción de las madres se relaciona con la LM, mientras que en otros países, las tendencias observadas actúan en el sentido opuesto (WHO,1981a).

En nuestro trabajo, el nivel de estudios del padre no se relacionó con el tipo de lactancia elegida al nacimiento del hijo actual ni con la duración de la LM, posiblemente por la homogeneidad de la muestra. Otros, señalan que un bajo nivel de estudios paterno se asocia con fracaso precoz de LM (Montolio B,1988).

El 46% de las madres nos dijeron que no escuchaban la radio. El 59% de las mujeres no tenían aficiones o su entretenimiento consistía en atender los quehaceres de la casa. Al agrupar las aficiones de índole intelectual y deportivo frente a las domésticas señaladas por las madres de nuestro estudio, se evidenciaba una relación ($p < 0.05$) con el tipo de lactancia al nacer, siendo superior el porcentaje de inicio de LM en el primer grupo.

Cabría pensar que las madres con algún tipo de aficiones y estilos de vida más saludables se mostrasen más vitalistas y partidarias de dar el pecho, sin embargo, no encontramos relación entre las aficiones de la madre y la duración de la LM.

DATOS ECONOMICOS Y LABORALES

Destacamos ahora -tabla IV- aquellos factores que mostraron influencia en nuestro estudio sobre el inicio o duración de la LM.

Tabla IV: FACTORES DE INDOLE ECONOMICA Y LABORAL QUE DEMOSTRARON RELACION CON LA LACTANCIA EN NUESTRO ESTUDIO

Variable considerada	Inicio LM	Duración LM
Profesión del padre		X
Permiso laboral postparto	X	X
Posesión de lavavajillas		X

La proporción de madres de nuestro estudio, con actividad laboral durante el embarazo -39%- comparada con la del momento de la 4ª entrevista, al 6º mes postparto -20%-, experimentó variación en el sentido de que un 19% de madres abandonó la actividad laboral -fundamentalmente del grupo que trabajaba por cuenta ajena-, pasando a dedicarse, exclusivamente a las labores del hogar. No existió relación entre la situación laboral materna durante el embarazo y el tipo de lactancia iniciado al nacer el hijo, ni con la duración de la LM. Ello puede deberse, en parte,

a la uniformidad de nuestra muestra, donde existe una mayoría de amas de casa.

Observamos que sólo un 22% de las madres manifestó interés en desempeñar una actividad laboral tras el parto, bien trabajando o buscando empleo. Dato que está en consonancia con la eventualidad de los contratos, la economía "sumergida" y la precariedad actual del mercado de trabajo.

Un número pequeño -70 casos- de las madres de nuestro estudio que eran amas de casa durante en el embarazo o que dejaron el trabajo durante el mismo, manifestó intención de buscar ó reiniciar la actividad laboral tras el parto. El 31 % de ellas indicó que lo haría entre el 1º y 2º año de vida del nuevo hijo. La máxima expectativa se situaba antes del séptimo cumpleaños de su hijo menor.

En nuestro estudio, el trabajo fuera del hogar no supuso un obstáculo para decidirse por la LM, lo que concuerda con lo observado en nuestro país (Camarero C,1985) (Muñoz MT,1987) (Ribo MA,1983) (Rico JL,1982) o, incluso fuera de él (Gielen AC,1991). Otros (Birenbaum E,1989) (Florack E,1984), encuentran que las madres con trabajo fuera del hogar están más dispuestas a iniciar la LM que las que trabajan en sus casas. Y un tercer grupo encuentra que el trabajo de la mujer reduce la incidencia de la LM (Ekwo EE,1983) (Ekwo EE,1984) (Martinez GA,1983) (Sinniah D,1980).

Aunque nosotros, al igual que otros estudios (Cerezo MA,1986) (Fernández-Llebrez J,1990) (Mazón A,1989) (Ramos I,1983), no pudimos demostrar que la duración de la LM se afectase por el trabajo fuera de casa, está descrito que las madres que no se reintegran al trabajo o no tienen expectativas de hacerlo en los primeros meses postparto, tienden a amamantar a sus hijos durante un periodo más prolongado que las que recobran su condición de asalariadas (Camarero C,1985) (Ekwo EE,1983) (Ekwo EE,1984) (Gielen AC,1991) (Martinez GA,1983) (Muñoz MT,1987) (Ribo MA,1983) (Sinniah D,1980) (Villegas V,1991) (WHO,1981a). Esto es más evidente en los estratos sociales más desfavorecidos, ya que las condiciones laborales de las mujeres trabajadoras impiden la LM exclusiva una vez que se reincorporan al trabajo tras el parto y también presentan obstáculos para la

LM parcial (Bamisaiye A,1983) (Versakalo M,1980) (WHO,1981a).

Es posible que el trabajar fuera del hogar facilite un abandono precoz de la LM mayor que entre las amas de casa (Cerrudo R,1987) (Montolio B,1988), y que esa precocidad sea mayor entre las madres que trabajan en empresas propias -abandono en 1º mes- y por cuenta ajena -abandono en 2º y 3º mes- (Martín-Calama J,1985b), pero entendemos que el trabajar en sí mismo no significa que la madre no pueda o no deba amamantar. Más bien, como observamos en nuestro estudio, el momento de su regreso puede influenciar la duración de la LM (Auerbach KG,1984) (Fuertes A,1990) (Sánchez-Valverde F,1988), y el número de horas que trabaja puede relacionarse con el modo en que la madre conduce su experiencia de lactancia (Auerbach KG,1984) (Gielen AC,1991) (Ryan AS,1989). La percepción materna de posibles dificultades para proseguir la LM tras volver al trabajo supone acortamiento de la duración de la LM (Ekwo EE,1984) (Montolio B,1988).

Aunque no pudimos demostrarlo, se dice que las madres con un nivel cultural más alto abandonan antes la LM por motivos de trabajo que el resto de grupos de madres (Muñoz MT,1987).

En nuestro estudio, la profesión de la madre durante el embarazo no se relacionó con el tipo de lactancia iniciada tras el nacimiento, lo que coincide con lo observado por otros (Sánchez-Valverde F,1988). En contraste con lo observado en Israel, donde las mujeres con profesiones académicas o paraacadémicas muestran una tasa significativamente aumentada de inicio de LM (Birenbaum E,1989), nosotros encontramos que la proporción menor de inicio de LM correspondió al grupo de las técnicas, profesoras y propietarias de comercio, frente al resto de los grupos. Algo similar ocurrió respecto a la profesión del padre del lactante.

Nuestro hallazgo de que la profesión de las mujeres trabajadoras no resultó predictiva de su éxito con el amamantamiento, la duración del mismo o la forma en que éste es manejado, ha sido señalado por otros (Auerbach KG,1984). En los casos en que la madre era trabajadora del Sector Servicios, la media de duración resultó, en nuestro caso, ser algo más

prolongada, aunque no encontramos la significación descrita (Apellaniz A,1990) (Ståhlberg M-R,1985) de que la ocupación de la madre en los Servicios de salud y en el Sector educacional y social influye en la mayor duración de la LM, que se explicaría por el mayor conocimiento de los beneficios derivados de la misma en ese grupo de madres. Si se evidenció, en nuestro estudio, relación de la profesión del padre, si éste pertenecía al Sector Servicios ó al resto de los grupos ($p<0.05$) con la duración de la LM -3.8 meses y 3.1, de media, respectivamente-. Frente a ésto, unos (Sánchez-Valverde F,1988) no encuentran asociación de la profesión del padre y la duración de la LM, y otros encuentran que si se asocia positivamente la continuación de la LM y el nivel profesional del padre (Bloom K,1982a).

Entendemos que la lejanía del lugar donde se desarrolla la actividad laboral respecto del domicilio familiar puede ser un factor disuasorio de la LM. En nuestro estudio, entre las madres con actividad laboral durante la gestación, predominaron sobre las que trabajan en la localidad del domicilio o sus proximidades -45%-, las que lo hacían a mayor distancia, en Madrid capital u otras poblaciones -55%-. Pero, la proximidad o lejanía del trabajo materno no se relacionó con el tipo de lactancia seleccionada al nacimiento, aunque aquellas con un lugar de trabajo más distante del domicilio familiar iniciaron en mayor proporción la LM. De igual forma, la proximidad o lejanía del trabajo materno no se relacionó con la duración de la LM.

Las mujeres de nuestro entorno prefieren demorar el momento de la baja laboral por parto hasta casi el final del embarazo, para poder disfrutar de un permiso postparto más dilatado, como se evidenció en nuestro estudio, ya que la media de semanas disfrutadas antes del parto como permiso reglamentario resultó de 3.2, siendo 13.4 semanas las disfrutadas por término medio, tras el parto. Se constató relación entre las semanas de permiso laboral postparto de la madre y el tipo de lactancia al nacer ($p<0.001$), a pesar de que el grupo de las que iniciaron biberón era pequeño. Así, la media de semanas de permiso postparto fué mayor en aquellas que iniciaron la LM -14 frente a 8 semanas-. En el grupo de madres con más de 8 semanas de permiso postparto el porcentaje de inicio de LM resultó significativamente ($p<0.01$)

superior al grupo con 8 o menos semanas -97% frente a 69%-.

En nuestro estudio, existió relación directa entre el nº de semanas de permiso postparto y la duración de la LM en las madres con actividad laboral ($p < 0.05$).

En España se ha pasado recientemente de catorce a dieciséis semanas de permiso laboral por maternidad (BOE, 1989), o dieciocho semanas si el parto es múltiple. Por lactancia de un hijo menor de 9 meses, las mujeres tendrán derecho a una hora de ausencia del trabajo, que podrán dividir en 2 fracciones o bien tener una reducción de la jornada normal en media hora con la misma finalidad. Por el retraso de aplicación de la legislación nueva, las madres de nuestro estudio con actividad laboral sólo pudieron disfrutar de un máximo de las 14 semanas legalmente establecidas.

Aunque tímidamente, nuestra legislación se acerca a las más vanguardistas, que han demostrado que como respuesta a la prolongación de la baja maternal remunerada -en Finlandia, de 3 a 11 meses y en Suecia, hasta 9 meses- se evidencia una mayor duración de la LM (Koçtürk TO, 1986a) (Ståhlberg M-R, 1985) (Versakalo M, 1980). La otra cara de la moneda en los países desarrollados la tenemos, por ejemplo en EEUU, donde la baja maternal remunerada para muchas madres lactantes es de duración relativamente breve -raramente más de 6 a 8 semanas- y además, frecuentemente, resulta imposible para las madres disponer de tiempo durante el trabajo para amamantar a sus hijos (Ekwo EE, 1984).

En nuestro estudio, las mujeres que iniciaron la actividad laboral tras el parto, lo hicieron como media a los 3.2 meses. Aunque no se da la secuencia temporal y por tanto se trata de una asociación no causal, se encontró relación entre el nº de meses tras el parto en que la madre reinició la actividad laboral y la decisión del tipo de lactancia tomada al nacer el niño, de manera que la media de meses hasta la reincorporación al trabajo es mayor -3.3- en las que inician LM que en las que inician biberón -2.1-. El mes tras el parto en el que la madre reemprende la actividad laboral no se relacionó con la duración de la LM.

El 87% de los cabezas de familia en nuestro estudio tenían un trabajo estable. El 66% de ellos trabajaba en pequeñas o

medianas empresas, de hasta 100 trabajadores. No encontramos relación entre la situación laboral o el tamaño de la empresa de trabajo del cabeza de familia y el tipo de lactancia elegido al nacer, ni con la duración de la LM.

La media de personas que viven en el domicilio familiar resultó ser de 4. El número de convivientes en el domicilio familiar no se relacionó con el tipo de lactancia seguida al nacimiento ni con la duración de la LM.

El inicio de lactancia artificial se asocia con existencia de hogares superpoblados (Ekwo EE,1983) (Ekwo EE,1984) (Hally MR,1984) (Martín-Calama J,1985b). También disminuye la duración de la LM con el número elevado de convivientes (Ekwo EE,1983) (Ekwo EE,1984), con tendencia al amamantamiento prolongado en las familias más pequeñas (Cunningham AS,1977).

Observamos en nuestra muestra que vivían en el domicilio con la madre y el hijo en seguimiento: 2 personas más, en 223 casos; 3 personas, en 15 casos. En 8% de casos vivían en la casa otras personas distintas del marido y los hijos. El porcentaje de familias nucleares -padres e hijos- resultó superior en nuestro medio que en otros -Bilbao-, donde un 19% son familias ampliadas (Apellaniz A,1990) y, por tanto, previsiblemente cuentan con más apoyo de abuelos, tíos, etc. A pesar de ello, con la excepción de Guatemala, no se observa un nexo entre la prevalencia de la LM y el tipo de familia, nuclear o extensa, en el estudio en colaboración de la OMS sobre lactancia materna (WHO,1981a).

En nuestro estudio, aproximadamente, la vivienda familiar tenía como media 86.2 m². Los m² de la vivienda en valor absoluto o en relación al nº de convivientes en el domicilio familiar, no se relacionaron con el tipo de lactancia iniciado al nacimiento ni con la duración de la LM.

El número de dormitorios de los que disponía la vivienda familiar era 3, por término medio, en nuestro estudio. No se relacionó el número de dormitorios con la elección del tipo de lactancia del RN ni con la duración de la LM.

En nuestro estudio, el índice de hacinamiento -media de personas por hogar, dividido por media de habitaciones por hogares de 1.32, lo que resulta aceptable si entendemos que, como criterio sociológico, "hacinamiento" se considera como tal cuando

el cociente miembros de familia/número de habitaciones es igual o mayor a 1.5 -lo que significa que por cada habitación de la casa, descontadas las comunes como comedor, aseo y cocina, hay 1.5 personas (Rodriguez-Escudero FJ,1976). En el estudio de Navarra (Sánchez-Valverde F,1988) el índice de hacinamiento resulta 1.06.

En general, las viviendas disponían de elementos estructurales básicos que las hacían más cómodas. Así, el 93% de ellas disponía de comedor/sala de estar. Había como media 1 cuarto de baño/aseo en la casa. En 27% de casos el edificio no disponía de ascensor, por no exigirlo la legislación al ser menos de 4 alturas, pero el 71% de viviendas si tenían ascensor.

El 86% de las casas de las familias de la muestra eran de propiedad, estando sólo el 9% del total en régimen de alquiler. Cuando la vivienda era alquilada o cedida había tendencia hacia una duración más prolongada de la LM.

El 68% de las familias con piso de propiedad aún no habían terminado de pagarlo. De los que tenían vivienda propia se mostró una tendencia a la LM más prolongada entre quienes habían terminado de pagar el piso.

Nuestros datos de equipamiento de vivienda son similares a los de Navarra, en cuanto a disposición de frigorífico y televisión (Sánchez-Valverde F,1988), por lo que estas posesiones no son discriminativas.

En nuestro estudio, ninguna de las posesiones familiares sobre las que se interrogó a la madre se relacionó con el tipo de lactancia iniciada al nacimiento. Estó ocurrió también respecto a la duración de la lactancia materna, con la excepción de la disposición de lavavajillas ($p < 0.05$) -la duración media de LM resultó de 3.4 meses en aquellos casos en que no se disponía del electrodoméstico frente a 2.6 meses, cuando se disponía de él-.

En nuestro estudio, sólo un 6% de las madres manifestó llevar al niño -4ª enc.- a guardería. Como media, el niño que acudía a guardería empezó a ser llevado a los 3.7 meses, por término medio. En todos los casos se trataba de madres que se

reincorporaron a su actividad laboral. No pudimos verificar, por el pequeño número de casos, si la ausencia de guarderías junto al lugar de trabajo era razón para una LM menos prolongada (Bamisiye A, 1983).

El 72% de las madres del estudio se encuadraron a si mismas en la 'clase social media-media'. En un nivel inferior lo hizo un 26% y, sólo, un 2% en la clase media alta. Esta clasificación no se relacionó ni con la elección materna del tipo de lactancia ni con la duración de la LM.

Aunque la homogeneidad de nuestra muestra no lo pone de relieve, la clase social, a través de los ingresos y las condiciones de vida, se convierte en la variable clave que explica -en la sociedad española actual- una gran parte de las diferencias y variaciones en salud, con un efecto positivo importante sobre ésta (Rodríguez JA, 1988).

Un 30% de las madres del estudio estimaba que se podía gastar en alimentar semanalmente a su familia de ocho a doce mil pesetas; seguían las que indicaron de doce a dieciseis mil pesetas -26%- y entre cuatro y ocho mil -26%-. Estas cifras no se alejan mucho de las de información relativa al gasto semestral en alimentos, según paneles de consumo elaborados por el Mº de Agricultura, donde se estima que, por habitante, dentro del hogar, el gasto asciende a 58512 pesetas durante la primera mitad del año 1988 (ABC, 1988c), lo que supone 9752 pts/habitante/mes.

El dinero al mes que las madres de nuestro estudio estimaban preciso para sacar adelante una familia como la suya y el dinero referido como ingresos familiares en este periodo de tiempo, mostraron cifras concordantes en la mayoría de casos, indicando, en buena lógica, una adaptación a la disponibilidad presupuestaria familiar.

En nuestro estudio, aunque no se encontró relación entre los ingresos económicos mensuales de la familia y el tipo de lactancia elegida al nacer ni con la duración de la LM, existió una mayor tendencia al inicio de la LM en las familias con ingreso de 75 a 175 mil pesetas, seguido de los de rentas más altas y en último lugar los de ingresos inferiores a 75 mil pesetas. La duración de LM en el grupo intermedio, de 75 a 175

mil pesetas, mostró un valor medio superior -3.5 meses- respecto a los grupos extremos -2.9 meses-.

En la bibliografía no hay acuerdo. Para unos, una mejor situación socioeconómica se asocia más frecuentemente con la decisión de alimentar al pecho inicialmente (Bloom K,1982b) (Couce ML,1987) (Fomon SJ,1987) (Jones DA,1987). Para otros, pertenecer a clase de obreros manuales o clase baja se asocia con inicio menor de lactancia artificial (Hally MR,1984) (Ruiz C,1989), y a medida que la clase social es más elevada se observa menor incidencia de LM (Ribó MA,1983). Otros indican que los ingresos familiares totales no se asocian con el tipo de lactancia inicial (Sánchez-Valverde F,1988).

Respecto a la relación de la economía familiar con la duración de la LM, hay opiniones para todos los gustos. Para unos, a mayores ingresos familiares, menor duración de LM (Ekwo EE,1984) (Martín-Calama J,1985b). Para otros, a mayor nivel socioeconómico, mayor seguimiento de LM (García C,1990) (Pérez-Chóliz V,1986) (Persson LÅ,1984) (Ruiz C,1989) (Ståhlberg M-R,1985), al mes y los 3 meses (Cerrudo R,1987), así como a los 6 meses (Ramos ML,1989), en tanto que los bajos ingresos familiares se asocian con riesgo para fracaso precoz de LM (Montolio B,1988). Para unos terceros, los ingresos familiares altos y bajos influyen favorablemente sobre la LM -Sevilla-(Andrés A,1989). Una cuarta posición, con la que se alinearían nuestros resultados, es la que señala que el nivel económico no influye en la duración de LM (Castillo J,1990) (Cerezo MA,1986) (Crespo M,1976) (Fernández-Llebrez J,1990) (Sánchez-Valverde F,1988).

A pesar de nuestros resultados, creemos que la percepción materna de dificultades en continuar la lactancia al reincorporarse al trabajo, en parte debido a la pérdida de ingresos económicos maternos (Ekwo EE,1984), puede ser de interés para predecir la duración de la LM, ya que el ingreso familiar -de la madre, en particular- parece ser una condición necesaria, aunque no suficiente, para la satisfacción de las necesidades infantiles, particularmente en el área de la alimentación (Cornia GA,1983).

DATOS PSICOAFECTIVOS

Subrayamos -tabla V- los factores psicoafectivos que mostraron influencia en nuestro estudio sobre el inicio o duración de la LM.

Tabla V: FACTORES PSICOAFECTIVOS QUE SE RELACIONARON CON LA LACTANCIA EN NUESTRO ESTUDIO

Variable considerada	Inicio LM	Duración LM
Reacción del padre ante el embarazo	X	
Experiencia del embarazo es considerada como buena o no		X
Deseo materno de tener con ella al hijo (rooming-in)		X
Creencia de que la belleza se deteriora por dar el pecho	X	
Disgusto por ser vista dando el pecho		X
Consideración de la LM como una obligación	X	X

La concepción en primer lugar causa sorpresa a los padres o, incluso, disgusto debido a las enormes perturbaciones que acarrea (Winnicott DW,1990). La vida de una mujer cambia en muchos sentidos cuando concibe a un hijo. No es raro que al principio lo lamente por la interferencia que ello supone en su propia vida. Si no se desea, las dificultades y molestias se acrecientan (Winnicott DW,1970).

Se dice que la proporción de embarazos no queridos es relativamente alta en España (De Miguel JM,1980). El porcentaje de embarazos deseados, según las mujeres de nuestro estudio -67%- se asemeja a los que dan otros -75%- (Ribó MA,1983) -71%- (Martín F,1985) -65%- (Cerrudo R,1987). En 1977 se afirma que en España el primer hijo o hija es casi siempre deseado -el 91% no controlan la natalidad hasta su nacimiento-, la planificación del segundo es algo más alta -el 33% controlan ya la natalidad-

(De Miguel JM,1980). El porcentaje de hijos deseados -Bilbao- cae al 50% para el segundo hijo y se estabiliza cerca del 28% para el cuarto o más (Rodríguez-Escudero FJ,1976), y es que el embarazo 'no deseado' depende, sobre todo, del número de hijas o hijos aunque, paradójicamente, el control de la natalidad no depende del deseo de quedar o no embarazada (De Miguel JM,1980).

Las relaciones que los padres tienen con cada hijo son diferentes y particulares. Un hijo llega en un momento especial, en una situación característica. Cada hijo se concibe diferentemente y lo que podríamos llamar la prehistoria de cada uno, tiene una gran influencia en la evolución del niño (Utrilla M,1985). Aunque se dice que las madres calificadas como muy complacidas ante el niño que va a nacer están más predispuestas a lactar que las indiferentes o disgustadas (Nogales A,1989a), y que en la elección inicial, influye de forma significativa a favor del biberón que el embarazo no sea deseado (Martín-Calama J,1985b), no pudimos constatar este extremo en nuestro estudio.

Con nuestros datos, no pudimos afirmar, como otros hacen, que el embarazo planeado se asocia con mayor duración de LM (Cerrudo R,1987) (Feinstein JM,1986) ni que el embarazo no deseado se asocia con fracaso precoz de LM (Montolio B,1988).

En 1977 las mujeres españolas menores de 25 años en 42% de casos utilizaban ya un método eficaz de control de natalidad. Los efectos demográficos de ello están repercutiendo sobre todo en la década de los 90 y hacia el año 2000 (De Miguel JM,1980).

Por lo anterior, no parece extraño que, en nuestro estudio, un 54% de mujeres no empleasen método anticonceptivo alguno antes del embarazo. El método anticonceptivo usado antes del embarazo más frecuentemente eran los anticonceptivos orales -23%- , seguido de los preservativos -15%-.

El uso o no de métodos anticonceptivos previos al embarazo último en las mujeres encuestadas por nosotros no se relacionó con el tipo de lactancia al inicio tras el parto ni con la duración de la LM del hijo actual.

Tras la orientación de las mujeres hacia una planificación familiar correcta, a las 6 semanas del parto se observa, en Guadalajara, que 49% de mujeres se acogen a la anticoncepción hormonal, 15% al DIU y que 13% no se deciden por método alguno (Dargallo JL,1987).

En nuestro estudio no se verifica la "pauta tradicional" de no controlar hasta tener hijas o hijos -seguramente un hijo varón, al menos-, que parece estar cambiando (De Miguel JM, 1980).

Es la pareja, y no únicamente la futura madre, la que queda afectada por el embarazo y la actitud del marido durante la gestación influye sobre el grado de placer que experimenta la madre con su maternidad (Parke RD, 1981).

Según afirmaron las mujeres que encuestamos, la reacción del padre ante el embarazo fué, generalmente, de alegría e ilusión por el mismo -86%-. La reacción del padre ante este último embarazo se relacionó ($p < 0.05$) con el tipo de lactancia al nacimiento; así, cuando fué de alegría, el porcentaje de inicio de LM se situó en 89%, mientras que si fué otra reacción distinta, el 98% inició LM, denotando ello, quizá, una "actitud compensatoria" de la madre ante el hijo menos esperado. No hubo diferencias, sin embargo, en la duración de la LM en los citados grupos.

En nuestro estudio, la reacción de la abuela materna ante el embarazo, según la madre, fué de alegría en el 63% de casos. Aunque, el tipo de reacción no se relacionó con la elección del tipo de lactancia efectuada al nacimiento por la madre ni con la duración de la LM.

En nuestro trabajo, la madre consideró que este último embarazo había sido una buena experiencia en 79% de casos; y regular o mala, en el resto. La consideración de la experiencia del embarazo no se relacionó con el tipo de lactancia elegida al nacimiento. Si resultó significativa la diferencia en la duración de la LM ($p < 0.05$), de forma que las que vivieron el embarazo como una buena experiencia dieron más tiempo por término medio LM a su hijo que las que no lo consideraron así -3.4 meses frente a 2.7-.

Se dice que las preocupaciones por la salud del feto y las relativas al parto se acentúan a medida que éste se aproxima (Flórez JA, 1988) (Parke RD, 1981). La mayoría de las madres de nuestro estudio -70%-, refirió haber sentido temores, durante el embarazo, de que algo no marchara bien -niño con problemas,

problemas con el parto u otros no bien especificados-. La existencia o no de estas preocupaciones no se relacionó ni con el tipo de lactancia elegida al nacer el niño ni con la duración de la LM.

En nuestro estudio, que resultara el embarazo mejor ó no que la madre esperaba no se relacionó ni con el tipo de lactancia elegida al nacimiento ni con la duración de la LM, aunque se observó una tendencia a una mayor duración en el grupo de madres cuyo embarazo había resultado mejor de lo esperado.

El 56% de madres del estudio recordaba como buena la experiencia del parto, y sólo una de cada cinco pidió anestesia durante el mismo. La experiencia del parto, según la madre, buena o no, no se relacionó ni con el tipo de lactancia al nacer ni con la duración de la LM. Las madres que tienen una experiencia emocionalmente positiva acerca del parto, contribuyen a que sus maridos disfruten y se alegren con el nacimiento (Parke RD,1981).

Winnicott escribió que las madres y los padres no creen en su hijo real y plenamente al principio, pues experimentan con la misma intensidad la duda acerca de su capacidad para crear un niño normal y sano. Por lo tanto, conocer al hijo es, en primer lugar, un asunto urgente, debido al alivio que la feliz comprobación proporciona a ambos progenitores (Winnicott DW,1970).

Se dice que el contacto temprano, inmediatamente postparto, madre-hijo, con inicio precoz de LM y rooming-in durante la estancia en el hospital, se asocian positivamente con la continuación de la LM (Bloom K,1982a). En nuestro estudio, a cuatro de cada cinco madres le fué entregado el niño nada más nacer, pero eso no motivó un porcentaje significativamente mayor de inicio de LM ni diferencias en la duración de la LM.

Las madres de nuestro estudio indicaron que, por término medio, transcurrieron entre el nacimiento y el momento en que pudieron tener al hijo junto a ellas de forma permanente 2.3 horas. No hubo diferencia significativa entre el número medio de horas que tardó en tener junto a la madre de forma permanente al hijo y el inicio de LM o biberón, si bien, cuando la separación

fué menor de 1 hora desde el parto, hubo una mayor tendencia a iniciar LM. En cambio, observamos relación con la duración de la LM ($p < 0.001$). Ello concuerda con la existencia del periodo crítico postparto durante el cual madre e hijo se reconocen y establecen un vínculo afectivo (Klaus MH, 1978); este periodo de unión especial -"imprinting period"- parece tener relación con el comportamiento posterior de los padres hacia el niño (ESPGAN, 1982) (Illingworth RS, 1983) (Swartz WH, 1976). Se sugiere que el tiempo en que el primer contacto madre-niño afectará al comportamiento materno es de 36 horas después del nacimiento (Hales DJ, 1977).

Si se mantienen juntos después del parto, madre e hijo, es más probable que se inicien los conocidos mecanismos sensoriales, hormonales, inmunológicos y del comportamiento, que permitan establecer un vínculo firme entre ambos (Porter RH, 1984), con efectos positivos a corto, medio o largo plazo (Briston MW, 1984) (De Chateau P, 1977a) (De Chateau P, 1977b) (Hales DJ, 1977) (Klaus MH, 1972) (O'Connor SM, 1977) (O'Connor SM, 1980) (Ringler NM, 1975) (Taylor PM, 1985). Otros indican que aunque es muy deseable el contacto inmediato activo entre la madre y su hijo recién nacido, su falta no impide el establecimiento de vínculos con el hijo, ni le sentencia a un desarrollo subóptimo (Chess S, 1983).

Se ha señalado también que los sentimientos positivos que desarrollan las madres hacia sus hijos antes, durante o después del parto, en sentido afectuoso, de entrega y que les concierne, aparecen más durante el embarazo en madres cuya gestación es planeada y más durante el nacimiento o el primer día si no es planeado el embarazo. En madres primíparas la demora en el primer sentimiento positivo hasta después del primer día se asocia con parto prolongado más de 8 horas, decepción con la experiencia del "vínculo", lactancia materna, y síntomas depresivos fuertes (Pascoe JM, 1989).

Muchos autores defienden que el hijo debe permanecer, mientras esté en la maternidad, las 24 horas del día junto a su madre (Casado E, 1983) (González J, 1989) (Helsing E, 1985) (Illingworth RS, 1983) (Winikoff B, 1980).

En contraste con el bajo porcentaje de lactantes -17%- que permanecen las 24 horas del día con sus madres en la maternidad, en la localidad vecina de Móstoles (Temboury MC, 1990c), en

nuestro estudio, deseaban tener el hijo consigo en la habitación, sin dudar, las 24 horas del día, permanentemente, cuatro de cada cinco madres, si bien no existió diferencia significativa en la elección del tipo de lactancia entre las madres partidarias sin dudar de tener al hijo en la habitación con ellas y el resto, aunque el porcentaje de inicio de LM fué algo mayor en el primer grupo -91% frente a 89%- . Sin embargo, la duración media de la LM fué superior ($p < 0.01$) en el grupo de las que manifestaron su deseo de que hijo y madre estuviesen juntos permanentemente -3.5 meses frente a 2.6- .

No hay unidad de criterio en lo referente a la importancia del "rooming-in" sobre la frecuencia y duración de la LM: para unos existe esta relación (Grossman LK, 1990) (Winikoff B, 1980), otros piensan que no es crucial ó bien es discutible su influencia (Helsing E, 1985) (Loughlin HH, 1985).

Para algunos (Lindenberg CS, 1990), las prácticas de contacto postparto madre-hijo combinadas con promoción estandarizada de LM pueden influir la elección inicial de LM, pero estas prácticas sólo son insuficientes para prolongar la LM.

Como Helsing, pensamos que un efecto importante del "rooming-in" es que permite a la madre acceder al hijo en todo momento y así se facilita la lactancia a la demanda (Helsing E, 1985). Además, mientras permanece en el hospital junto a personal especializado que puede ayudarla, la madre puede aprender a interpretar las señales emitidas por el niño y contrastar sus dudas (González J, 1989) (Helsing E, 1985) (Sánchez E, 1984). Tampoco se debe olvidar que en la mujer es posible que la secreción de prolactina aumente por estímulos estereoceptivos, algunos de los cuales tienen su punto de partida en la presencia del recién nacido ante la madre (Sánchez E, 1986b). Existe también evidencia de que los recién nacidos separados de sus madres por enfermedades poco importantes o fototerapia, son alimentados al pecho por un tiempo significativamente menor que los controles sanos (Elander G, 1984) (Elander G, 1986).

Como en otros estudios (Helsing E, 1985), en el nuestro, no todas las madres querían utilizar al 100% la posibilidad de "rooming-in". Es posible que incluso, como demuestra De Bernardi, en Italia, el tiempo que demanda la madre para contacto con el recién nacido sea inferior al que es proporcionado por el hospital y que ello se deba a la falta de disponibilidad de

espacio reservado al efecto (De Bernardi A,1988).

Antes del nacimiento, muchos progenitores muestran una clara preferencia por un sexo determinado, sobre todo si se trata del primogénito. Tanto los padres como las madres se inclinan más por un varón, si bien esta preferencia parece más acentuada en el padre que en la madre (Parke RD,1981). Las pautas de reproducción están influidas por estas preferencias, de forma que las parejas tienden más a continuar procreando si han tenido solamente niñas. Tendrán más hijos de los proyectados previamente, a fin de conseguir un hijo varón (De Miguel JM,1980) (Hoffmann LW,1977).

En nuestro estudio, la preferencia paterna, según la madre, respecto al sexo del hijo, coincidió en tres de cada cinco casos con el sexo del RN. Que el hijo haya resultado del sexo que el padre prefería no se relacionó con el tipo de lactancia elegida al nacimiento ni con la duración de la LM, si bien había una tendencia hacia una duración mayor de la LM si era del sexo preferido.

Mientras que en la literatura encontramos que el sexo del hijo recién nacido coincide con el deseado por la madre en un 26% (Sánchez-Valverde F,1988), 30% (Ribó MA,1983), o hasta un 39% (Cerrudo R,1987) de casos, en nuestro estudio, las madres, tras el nacimiento, dijeron preferir en la mayoría de casos el sexo del hijo que han tenido -74%-. El que el hijo actual haya sido del sexo que prefería la madre o no, no se relacionó con el tipo de lactancia al nacer, ni con la duración de la LM, aunque la media de duración de ésta fué algo mayor si el hijo era del sexo preferido -3.4 frente a 3 meses-. Aunque nuestros datos coinciden con los de Navarra (Sánchez- Valverde F,1988), otros observan que cuando el sexo del RN no coincide con el que las madres deseaban, éstas dan el pecho menos tiempo (Ribó MA,1983).

Que el hijo se pareciera o no a la madre no se relacionó con el tipo de lactancia al inicio de la misma ni con la duración de la LM, en nuestro estudio.

La decisión del nombre del niño, se tomó, en tres de cada cuatro casos del estudio, antes del parto y el momento de esta decisión con anterioridad o no al parto, no se relacionó con el tipo de lactancia al nacimiento ni con la duración de la LM.

En nuestro estudio, la madre preveía cambios, en alguna medida, en la vida familiar por el nacimiento del nuevo hijo en 67% de casos. Pero esta previsión, que conlleva estrés, no se relacionó ni con el tipo de lactancia elegida al nacer ni con la duración de la LM.

El estado de ánimo de las madres tras el parto los primeros días de vida, según ellas mismas, no se relacionó, en nuestro estudio, con la duración de la LM.

En nuestro estudio, la opinión de la madre sobre el posible deterioro de la belleza por tener un hijo ó dar el pecho, en la mayoría de casos era que no se producía tal deterioro, 69% y 78%, respectivamente. El resto admitió que la belleza se deterioraba, bien transitoria o permanentemente. La creencia materna de que la belleza física se deteriora por dar el pecho se relacionó ($p < 0.05$) con el porcentaje de inicio de LM, que fué menor en las que eran de este parecer que en el resto -85% frente a 93%-. No existió diferencia significativa en cuanto a la duración de la LM una vez iniciada, entre ambos grupos de madres. En este punto vemos un aspecto importante para educación sanitaria.

Pocas madres consideran que podrían dar el pecho sin sentir vergüenza en cualquier situación (Hally MR, 1984). Sin embargo, un estudio, en Valladolid (Martín-Calama J, 1985d), indica que el 76% de las madres dicen no sentir vergüenza. Nuestros datos se sitúan en una posición intermedia, ya que el porcentaje mayor de las madres fué el que señaló que no sentía disgusto por ser vista dando de mamar al hijo -44%-; el resto, manifestó que dependiendo de las circunstancias o invariablemente, sentía disgusto por ser vista. La duración media de la LM en los casos en que las madres referían disgusto por ser vistas amamantando fué significativamente menor ($p < 0.01$) que las que no lo referían -3 meses frente a 4.1-.

En nuestro estudio, el lugar preferido para dar el pecho, fué el domicilio -63%-, sin retraimiento ó discretamente. Un 37% manifestaron, que cualquier lugar podía ser bueno. En otros estudios, el porcentaje de madres que dicen no tener problemas para dar el pecho en cualquier situación es algo mayor -63%-

(Apellaniz A,1990). Pero lo cierto es que, en la práctica, el acto de dar el pecho que antes era habitual de ver, sobre todo en el medio rural, actualmente se desarrolla en privado, discretamente, con vergüenza, con lo que se dificulta seriamente la lactancia a la demanda.

En el estudio en colaboración de la OMS, cuando se pregunta a las madres dónde prefieren dar el pecho, se encuentra que las actitudes difieren, notablemente, de un país y de un grupo a otro. Más de la mitad de las madres de Hungría, de Suecia y de los grupos económicamente favorecidos, excepto en Etiopía y Zaire, prefieren amamantar "a solas", mientras que en la mayoría de los grupos rurales y de población urbana pobre, fueron mayoría las que dijeron que a ellas les tenía sin cuidado el lugar y que no se preocupaban por aislarse. Análoga actitud expresaron cerca del 20% de madres suecas (WHO,1981a).

Se observan, por el nacimiento de un niño, reacciones negativas en los hermanos mayores (Legg C,1974). Por la llegada de un nuevo ser al seno del hogar, en distinto grado, cada miembro de la familia experimenta un cambio de identidad. Todo esto incrementa el sentimiento de culpa de la madre. Algunas de ellas deciden interrumpir la LM por no poder soportar el sufrimiento de otro niño. El padre puede ser de una gran ayuda en esta ocasión si es un soporte para la madre, pero ocurre que él mismo siente su identidad amenazada (Pérez- Sánchez M,1981).

Según señalaron las madres de nuestro estudio, cambió el comportamiento de los otros hermanos por la presencia del pequeño, los primeros 3 meses de vida, en alguna medida en el 79% de casos. Aunque este hecho no pareció influir sobre la duración de la LM. Las madres consideraron un hecho frecuente que los niños tuvieran celos de sus hermanos pequeños.

En nuestro estudio, la habitación donde dormía el niño en el momento de la 4ª encuesta, era en la de los padres -88%-, generalmente. Quienes lo habían sacado del dormitorio de los padres -40 casos-, lo hicieron, como media a los 3.3 meses y ello no se relacionó con la duración de la LM.

No abundan los trabajos que relacionan la lactancia con el ulterior comportamiento reproductivo, pero parece plausible que

exista una influencia entre el primer acto reproductor interpersonal, la lactancia y la actividad reproductora de la edad adulta (Nogales A, 1989a). En nuestro estudio, las madres manifestaron su deseo de tener como media 2 hijos. Las respuestas fueron equivalentes, formulada la pregunta en la 1ª encuesta y reformulada en la 4ª. No se relacionó el nº de hijos que señaló la madre pensaba tener con el tipo de lactancia al nacer ni con la duración de la LM.

En España como en otros países es usual la disparidad entre las actitudes y la práctica en materia de control de natalidad. Pocas veces coincide el número ideal de hijos con los realmente habidos, o los que le hubiera gustado tener (De Miguel JM, 1980).

El número ideal de hijas e hijos no varía según si la mujer trabaja o no fuera del hogar. La media de hijos e hijas deseados es 2.7 en el caso de mujeres con un trabajo remunerado, y 2.8 de media para las que se dedican a las "labores del hogar" (De Miguel JM, 1980).

Una gran parte de las madres en nuestro estudio -71%- consideraron como una obligación materna, en alguna medida, dar el pecho al hijo y, sin reservas sobre esta afirmación una de cada dos madres. Observamos que aquellas mujeres que no consideraban la LM como una obligación iniciaron significativamente menos la LM ($p < 0.05$) que las que si la consideraban, de alguna forma, como tal obligación materna -85% frente a 93%-. De la misma manera, la consideración de la LM como obligación supone que la duración media de la LM es significativamente ($p < 0.05$) mayor en este grupo que en el de las madres que no la consideraban como obligación -3.5 frente a 2.8 meses-.

DATOS SANITARIOS, EDUCACION Y CULTURA SANITARIA

Destacamos, ahora -tabla VI- aquellos factores sanitarios que mostraron influencia en nuestro estudio sobre el inicio o duración de la LM.

Tabla VI: FACTORES SANITARIOS QUE MOSTRARON RELACION CON LA LACTANCIA EN NUESTRO ESTUDIO

Variable considerada	Inicio LM	Duración LM
Asistencia a cursos de preparación al parto		X
Nº de piezas dentales de la madre restauradas		X

En nuestro estudio, considerando los datos referidos en la Hª clínica, la salud general de las madres no mostró alteraciones alguna en 60% de casos. No evidenciamos relación de los datos de salud de la madre -enfermedad previa o no en la Hª clínica- con el tipo de lactancia iniciada al nacimiento del hijo, ni con la duración de la LM del hijo actual.

En nuestro trabajo, el número de piezas dentales, restauradas o extraídas a las madres a lo largo de su vida, según ellas indicaron, mostró grandes variaciones de unas madres a otras, como era de esperar. Dos piezas dentales restauradas y dos extraídas, por mujer, fueron las medias observadas, lo que supone un considerable descuido de la salud bucodental. Un dicho popular señala que cada hijo cuesta un diente a la madre. No se evidenció relación del nº de piezas dentales de la madre ausentes en boca con el tipo de lactancia elegida al nacer para el hijo ni con la duración de la LM. Tampoco se encontró relación del nº de piezas dentales restauradas de la madre con el tipo de lactancia al nacer el niño, pero si se encontró relación directa con la duración de la LM ($p < 0.05$). Resulta sugestivo pensar que las madres que cuidan mejor su boca, hagan lo propio para que la lactancia al pecho sea más prolongada.

De las mujeres de nuestro estudio, solamente un 22% asistió a un curso de preparación al parto en este último embarazo. Y de ellas, la mayoría -78%- asistió al curso completo -8 semanas-. La asistencia a curso de preparación al parto en embarazos anteriores fué sólo del 17% de las mujeres. Asistieron a un curso en alguna ocasión -en éste o en anteriores embarazos-, sólo

el 28% de las mujeres encuestadas.

Nuestras cifras son inferiores a las comunicadas en otros estudios (Apellaniz A,1990) -48%- (Gomez E,1991) -50% de primigestas- (Hally MR,1984) -35%- (Salvador RM,1988b) y con ello se evidencia que se estaba produciendo una pérdida de oportunidades para realizar actividades influyentes en la educación sanitaria de la madre y en la LM.

En la literatura se señala que las primíparas sin actividad laboral acuden menos a cursos de preparación al parto (Murphy JF,1984), pero nosotros no hemos podido corroborar este extremo.

A pesar de que la asistencia o no a cursos de preparación al parto en éste último embarazo, en otros anteriores, o en cualquiera de ellos, no se relacionó, en nuestro estudio, con el tipo de lactancia elegida al nacimiento, y de que otros autores no encuentran tampoco que la asistencia a estos cursos prenatales muestre influencia significativa en el inicio de la LM (Birenbaum E,1989), pensamos que esa relación debe existir, porque ha sido comunicada por estudiosos del tema (Hally MR,1984) y porque parece coherente que las mujeres con conocimientos adecuados opten más frecuentemente por la LM (Alonso M,1991). El impacto de los cursos de educación sanitaria en prácticas de alimentación infantil supone para las personas que asisten en relación con las que no lo hacen, no sólo un favorecimiento de la LM sino también un inicio de la suplementación con alimentos semisólidos en el momento recomendado (Shoham-Yakubovich I,1990). Existe una estrecha relación entre la duración de LM y el nivel de conocimientos sobre la composición de los alimentos en general y sobre los productos lácteos muy en particular (Ribó MA,1983).

Encontramos relación de la asistencia a cursos de preparación al parto con la duración de la lactancia materna ($p<0.05$), de forma que quienes acudieron a un curso en éste u otro embarazo e iniciaron LM, dieron como media 3.8 meses de pecho frente a quienes no asistieron en ninguna ocasión a un curso, que dieron de media 3.1 meses de LM. Nos situamos con ello en la línea de otros estudios (Bloom K,1982a) (Hally MR,1984). La mayor duración de LM en madres que acuden a un curso de preparación al parto podría simplemente indicar una asociación entre la intención de amamantar y la asistencia a un curso (Hally MR,1984) (Salvador RM,1988b).

Como efectos adicionales, no desdeñables, los cursillos de

preparación al parto sirven para que el padre este mejor preparado para ayudar a la madre durante el parto y el alumbramiento y un mejor comienzo en la relación padre-hijo (Parke RD,1981).

La preparación al parto favorece la relajación de la mujer en el momento del parto y un menor requerimiento de analgésicos. Este efecto se potencia si está presente el padre del niño; así las madres informan haber sufrido menos dolores, reciben menos medicación y sienten la experiencia del parto de un modo más positivo que en caso contrario (Hennenborn WJ,1975).

En nuestro caso, el número de vacunas puestas en el momento de la 4ª entrevista resultó, de media, próximo a 2, lo que supone un adecuado control de puericultura según las normas vigentes. En Navarra, en estudio similar al nuestro, la situación vacunal resulta buena, igualmente -97% correctamente vacunados- (Sánchez-Valverde F,1988).

En nuestro estudio, el pediatra que ha seguido al niño durante los 6 primeros meses de vida lo ha hecho a través de la Sanidad Pública en el 73% de casos -en centro de salud el 41%, consultorio de INSALUD, 32%- . En consultorio privado ó de sociedades médicas, en 26% restante. Esta información no se aparta de los datos referidos en un estudio reciente en España, donde se encuentra que acuden las madres para exámenes periódicos del lactante al INSALUD en 66% de casos; a entidades privadas, 16% de casos y a médicos privados, 19% de casos (García C,1990).

Como les ocurre a otros (Andrés A,1989), no encontramos relación de la modalidad de asistencia pediátrica, pública vs privada, con el tipo de lactancia elegida por la madre al nacer ni con la duración de la LM.

En nuestro estudio dieron regularmente vitaminas al niño la práctica totalidad de las madres -94%- . Cifras inferiores son referidas por otros: entre un 27% (Ribó MA,1983) y algo más del 50% (PAIDOS'84,1985) (Sánchez-Valverde F,1990).

En nuestro estudio, 3 de cada 10 padres no fumaban y, entre los fumadores la media de consumo diario era de 21 cigarrillos. Como en nuestro caso, en otros el hábito tabáquico de los padres

no se relaciona con inicio o no de LM (Sánchez-Valverde F,1988) ni con duración de LM (Sánchez-Valverde F,1988).

REFERENCIAS, CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA

La lactancia materna satisfactoria depende de múltiples factores relacionados con la madre, el niño y el ambiente que les rodea (Bentovim A,1976) (Dahl M,1986). Señalamos en la tabla VII aquellos factores relativos a las creencias y conocimientos sobre la lactancia que mostraron influencia en nuestro estudio sobre el inicio o duración de la LM.

El tipo de familia tiene que ver con la lactancia.

El número de hermanos de las mujeres encuestadas por nosotros era de 4, de media. La abuela materna crió al pecho como media a 4 hijos. No se encontró relación ente el nº de hijos criados al pecho por la abuela materna y el tipo de lactancia elegida para el nuevo hijo al nacer por las mujeres de nuestro estudio.

La posición que ocupaban las madres de nuestro estudio entre sus hermanos no se relacionó con la decisión tomada sobre el tipo de lactancia al nacer para el hijo menor ni con la duración de la LM en este niño.

La gratificación que recibe la madre por dar el pecho a su hijo está ligada a sus propias experiencias de cuando ella era una lactante (Winnicott DW,1990). Así, la propia historia de la madre de haber sido alimentada al pecho cuando lactante, parece ser un factor predisponente para la LM (Entwisle DR,1982).

El porcentaje de madres de Móstoles cuyas madres a su vez habían utilizado la LM es de 80% (Temboury MC,1990e). Encontramos que, al menos el 62% de las madres de nuestro estudio fueron a su vez amamantadas por sus madres, -un 30% de las restantes no conoce este dato, de forma que, con certeza no fueron amamantadas sólo el 8% de las mujeres que entrevistamos-.

Tabla VII: FACTORES CONCERNIENTES A LAS REFERENCIAS, CREENCIAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE LA LACTANCIA QUE MOSTRARON RELACION CON LA LACTANCIA EN NUESTRO ESTUDIO

Variable considerada	Inicio LM	Duración LM
-----	-----	-----
Madre fué amamantada		X
LM al 1º hijo	X	
Motivo por el que fué mal o no dió pecho al 1º hijo	X	
Duración de la LM al 1º hijo	X	X
Nº de hijos anteriores con LM	X	X
Tipo de lactancia preferida por el padre	X	X
Motivo de la preferencia o no de LM por el padre	X	
Experiencia paterna en dar los biberones	X	X
Consideración del mejor tipo de lactancia según la madre	X	
Razón materna para justificar la duración de la LM	X	X
Consejo a una amiga sobre la duración de la LM		X
Madre indica o no predominio de las ventajas de la LM	X	X
Ventajas de LM para la madre vs para el hijo	X	X
Ventajas de LM de tipo socio- cultural u otras	X	X
Inconvenientes de LM para madre vs para hijo		X
Decisión del tipo de lactancia antes o tras el parto	X	X
Botes de leche artificial en domicilio antes del parto	X	X
Uso o no de chupete	X	X
Modificación o no del riesgo de un nuevo embarazo por la LM		X

La mayoría de las madres -77%- que dijeron haber sido lactadas a pecho, lo fueron más de 6 meses. Esta información concuerda con la aportada por otros autores (Apellaniz A,1990) y nos da una idea de cómo era la lactancia unas décadas atrás.

Aunque la tradición familiar parece un argumento de peso para la elección de LM por las madres (Muñoz MT,1986), y en otros países, como Israel, las madres con creencias religiosas ortodoxas muestran una tasa significativamente superior de inicio de LM (Birenbaum E,1989). Para otros, no es tan importante la tradición familiar de lactancia (Sánchez-Valverde F,1988), y los datos de nuestro estudio coinciden con ello ya que el que hubiese tomado o no pecho la madre no se relacionó con su decisión de iniciar LM o biberón para su hijo.

Si encontramos relación entre que las mujeres del estudio hubiesen sido o no amamantadas y la duración de la LM del hijo cuando ésta fué iniciada ($p<0.001$), -de forma que si la madre había sido alimentada a pecho, la duración media de la LM en su hijo menor resultó ser de 3.7 meses frente a 2.7 meses de los hijos cuyas madres o no fueron amamantadas o no lo saben-. El grupo de las madres que con certeza no fueron amamantadas e iniciaron LM con su hijo menor, dieron pecho una media de 2.2 meses. Coincidimos, por tanto, con quienes señalan que se asocia una mayor duración de LM con que la abuela hubiera utilizado la LM (Andrés A,1989) (Ruiz FJ,1989) (Temboury MC,1990e).

De las mujeres de nuestro estudio, un 16% no dió pecho a su primer hijo. De las que dieron pecho, una mayoría -61%- indicó que le fué bien la LM en su primer hijo. Se evidenció relación entre el hecho de que el primer hijo fuese alimentado o no a pecho y el tipo de lactancia que se inició para el hijo de nuestro estudio ($p<0.001$), -de manera que si la madre había dado LM a su primer hijo, inició LM en el actual en 94% de las ocasiones frente al inicio en 61% de veces cuando el hijo mayor no fué alimentado a pecho-.

En nuestro caso, la duración de la LM iniciada en el hijo actual, no se relacionó con el hecho de que el hijo mayor hubiese o no sido amamantado ($p<0.1$), si bien la duración media de LM en el hijo del estudio resultó de 3.3 meses cuando el hijo mayor fue amamantado, frente a 2.3 meses cuando el mayor fué alimentado con

biberón.

Cuando una de las mujeres de nuestro estudio indicó que le fué regular ó mal o no le dió pecho a su primer hijo, preguntamos a esa madre por qué motivos fué. La contestación involucraba razones centradas en el hijo en la mayoría de casos -79% de madres las dieron- y centradas en la madre, en el resto -30% de madres las dieron-. De las razones centradas en el hijo, las vinculadas a motivos de índole sociocultural fueron las predominantes -58% de ellas-, seguidas de las relativas a LM insuficiente -34% de las razones centradas en hijo-, indicadas por un 26% de las madres y las concernientes a motivos médicos del hijo, en último lugar -8% de las razones centradas en el hijo-. De las razones centradas en la madre, la más frecuentemente indicada -por el 18% de madres- fué motivo médico materno que suponen el 69% de las razones centradas en la madre, siendo menos frecuentes otras como el sentimiento de rechazo materno de la LM, 20% de las razones centradas en la madre, -señalado por un 5% de las mujeres-.

Encontramos relación, en nuestro trabajo, entre el tipo de lactancia elegida para el hijo actual y el motivo por el que fué mal o no dió LM al primer hijo ($p < 0.01$), de forma que cuando la madre refirió un motivo relacionado con el niño el inicio de LM en el hijo menor se produjo en 93% de casos, frente al 68% de inicio cuando se esgrimió por parte de la madre un motivo que no involucró al hijo mayor. Igualmente, se relacionó el tipo de lactancia elegida para el hijo menor con los argumentos de índole sociocultural o no dados por la madre para justificar que no fué bien o no dió LM al hijo mayor ($p < 0.001$), de manera que cuando indicó una razón de índole sociocultural² para las dificultades de alimentación al pecho del hijo mayor, en 92% de ocasiones se inició LM en el hijo menor frente al 60% de inicio de LM cuando no se indicó razones distintas a las de tipo sociocultural.

En nuestro estudio, la duración de la LM en el hijo menor no se relacionó con el motivo argüido por la madre para justificar por qué fué mal la LM ó no le dió pecho al hijo mayor.

² Incluye: no subida de leche o no leche suficiente, niño no mama bien o rechazaba el pecho, la leche no le alimentaba o pasaba hambre o no ganaba de peso, niño no cogía el pecho o se agarraba mal, no predisposición materna a dar el pecho, actividad laboral materna, madre no partidaria de la LM, fracaso de lactancia anterior, la leche era mala.

Respecto a los hijos anteriores al actual, las madres encuestadas por nosotros, señalaron que tomaron LM al menos 1 mes, en los siguientes porcentajes: el 1º hijo recibió 1 mes ó mas de LM en 57% de casos; el 2º, en 62% de casos; el 3º en 43% y el 4º en 50% de casos, si bien había en el estudio pocas mujeres con 3 o 4 hijos. Ello muestra como se produce el destete precoz con gran frecuencia de forma reiterada.

En nuestro estudio, la duración de la LM en el primer hijo se relacionó con el tipo de lactancia iniciada en el hijo menor. Así, si el hijo mayor fué lactado al menos 2 meses, el 96% de los niños estudiados recibieron LM al nacer, frente al 86% caso de que el hermano mayor hubiese recibido LM menos de 2 meses ($p<0.05$). La relación fué evidente también ($p<0.01$) si consideramos que cuando el hijo mayor fué lactado a pecho 1 mes o más, el menor recibió LM al nacer en 95% de casos frente a 82% cuando el hermano mayor recibió menos de 1 mes de LM.

En nuestro estudio, existió relación directa entre el nº de meses de LM del hijo mayor y la duración en meses de la LM en el hijo menor ($p<0.001$).

Encontramos en nuestro trabajo que el número de hijos anteriores al actual criados con LM al menos 1 mes, se relacionó con el tipo de lactancia iniciada para alimentar al hijo menor ($p<0.05$), resultando también significativa la relación del tipo de lactancia iniciada con la proporción de hijos anteriores al actual con LM de al menos 1 mes de duración ($p<0.001$), de forma que para el inicio de LM la proporción -Hijos anteriores con LM de al menos 1 mes/hijos tenidos- es 0.8 frente a 0.5 para inicio de biberón en el hijo menor.

En nuestro caso, cuando ningún hijo anterior de la madre encuestada tomó LM al menos durante 1 mes, el hijo menor inició LM en 80% de ocasiones, frente a 95% de ellas cuando hubo algún hermano mayor que tomase 1 ó más meses el pecho materno ($p<0.01$).

En nuestro estudio, el número de hijos anteriores que tomaron LM se relacionó de forma directa con la duración de la LM en el hijo menor ($p<0.001$). De la misma forma, se relacionó la proporción de hijos que tomaron pecho entre los hijos anteriores al actual con la duración de la LM en este último ($p<0.001$).

A la vista de nuestros resultados, nos decantamos por

considerar que la experiencia con el primer hijo es claramente decisiva para el éxito de LM sucesivas (Lyon AJ,1984), así como que las LM previas se asocian con mayor duración de LM (Andrés A,1989) (Feinstein JM,1986) (Zamora V,1988), sobre todo si resultan exitosas estas experiencias para la madre (Feinstein JM,1986) (Ferris AM,1987) (LeFevre M,1987). Aunque otros, no encuentran tales asociaciones (Sánchez-Valverde F,1990).

Al encontrar en la literatura que casi todas las madres piensan que los médicos y las comadronas tienen preferencia por la LM, o que no tienen ninguna preferencia (Hally MR,1984), no nos extrañó observar en nuestro estudio que la mayoría de las madres opinasen que los médicos y las enfermeras tenían preferencia por la lactancia materna -87% y 89%, respectivamente- y que el resto de las madres no conociese si tenían preferencia por LM o biberón. La opinión que manifestó la madre sobre si médicos y profesionales de enfermería preferían o no la LM, no se relacionó, sin embargo, con el tipo de lactancia escogida por aquella para su hijo menor ni con la duración de la LM cuando se inició.

El personal sanitario parece tener cierta influencia en los hábitos de alimentación de los lactantes (AAP,1982a), aunque una gran parte de los sanitarios considere tener poca influencia sobre la decisión de alimentar con LM -en Francia- (Czernichow P,1986). En España, en los últimos años se aprecia un claro viraje de la opinión médica respecto a la alimentación del lactante, adoptando una postura de defensa de la LM (Nogales A,1989b).

Aunque la mayoría de los médicos se muestran favorables a la LM, en la práctica ésto parece tener poca trascendencia, ya que las madres aceptan mejor los consejos de los profesionales de enfermería porque pueden mantener un diálogo más fácil y contacto más estrecho y, además, cuando surgen problemas con la LM, pocos son los médicos que estimulan a las madres en su continuación, sobre todo a las de niveles socioculturales inferiores, que requieren mayor atención (Martín-Calama J,1986) (Muñoz MT,1987) (Ståhlberg MR,1985). Por ello, pensamos en la utilidad de la asistencia de enfermería a la madre que lacta en el hospital y, posteriormente, durante las primeras semanas del postparto en casa, ya que esta intervención puede lograr

resultados positivos, tanto a nivel de inicio de LM como de su desarrollo (Apellaniz A,1990) (Jones DA,1985).

Según las mujeres encuestadas por nosotros, en su entorno, predominaban las madres que daban pecho -56%-. El predominio o no de la LM entre las madres del entorno, según la madre, no se relacionó con el tipo de lactancia elegida por ésta para su hijo menor ni con la duración de la LM.

En nuestro estudio, los padres parecían preferir la lactancia al pecho -79% de ellos-, cifra parecida a la de la población vecina de Móstoles -75%- (Temboury MC,1990e). El tipo de lactancia que, según la madre, prefería el padre del niño, se relacionó con el tipo de lactancia elegida por la madre para iniciar la alimentación ($p<0.001$) -cuando el padre prefería LM, fué iniciada LM en 95% de casos, frente a 75%, cuando el padre no parecía preferirla-. Resulta significativa para la lactancia artificial la falta de opinión por parte del marido respecto al tipo de lactancia (Martín-Calama J,1985a).

La duración de la LM, en nuestro caso, se relacionó con la preferencia o no que parecía, según la madre, tener el padre sobre la LM ($p<0.01$) -si el padre prefería LM, la duración de la misma resultó ser por término medio de 3.5 meses frente a 2.5 meses, si parecía no preferirla-, como ocurre en otros estudios (Birenbaum E,1989) (Bloom K,1982a) (Jones DA,1987) (Temboury MC,1990e). Las madres que reciben apoyo de sus maridos en sus esfuerzos por amamantar, prosiguen dando el pecho durante más tiempo que las que no están motivadas por ellos (Montolio B,1988) (Parke RD,1981) (Starling J,1979) (Verronen P,1984).

De los motivos aducidos por las madres de nuestro estudio para señalar la preferencia de la lactancia del padre, el más frecuentemente referido, por el 82% de las madres fué la conveniencia para el hijo, por motivos sanitarios. La conveniencia familiar, por motivos de índole sociocultural tuvo menor importancia -fué citado por el 9% de las madres-. Una importante proporción de madres dijo que su marido no se pronunciaba o indicó no conocer la opinión de aquel -19%-. Probablemente, en esa medida, sigue siendo un "tema exclusivo de mujeres".

En nuestro estudio, el motivo de la preferencia o no de la LM que, según la madre, argüía el padre del niño, se relacionó con el tipo de lactancia de inicio para alimentar al hijo actual: cuando se citó la conveniencia del niño frente a otros motivos distintos ó ninguno conocido, se encontró que, respectivamente iniciaba LM un 96% y 72% de los niños ($p < 0.001$). Ello coincidió, exactamente, con que se argumentasen razones de índole sanitario -96% de inicio de LM- frente a otras distintas o ninguna -72%-.

No hubo relación, en nuestro estudio, entre los supuestos motivos de preferencia o no de LM por el padre y la duración de la LM en el niño en seguimiento.

Según las madres de nuestro estudio, cuando se les preguntaba qué tal daban biberones los padres. El porcentaje superior de respuestas correspondió al que señalaba que el padre no se ocupaba de esos menesteres -77%-. Del resto, cuando se interesaban por dar el biberón, parecían hacerlo bien -87% de los que daban biberón-, a criterio de la madre.

La contestación de las madres respecto a qué tal dan biberones los padres se relacionó, en nuestro estudio, con el tipo de lactancia elegida por ellas para iniciar la alimentación del hijo actual ($p < 0.001$), de forma que si contestaron que daban "bien" el biberón, iniciaron LM sólo 81% de casos frente a 93% cuando dieron otras respuestas.

Cuando el padre, según la madre, tenía experiencia en dar biberones, el 84% de los niños en estudio iniciaron LM frente al 93%, cuando los padres no tenían experiencia previa ($p < 0.01$).

De la misma forma, se relacionó cómo daba biberones el padre, según la madre, con la duración de la LM del hijo menor ($p < 0.01$): si dijo que se le daba "bien", la LM duró 2.5 meses por término medio, frente a 3.5 meses cuando la madre dió otra respuesta distinta. Estos datos fueron superponibles cuando se constató la experiencia previa paterna en dar biberones ($p < 0.012$): 2.5 meses de media de LM para el hijo actual si el padre tenía experiencia previa en dar biberones, frente a 3.5 meses cuando no tenía experiencia.

La casi totalidad -99%- de las madres de nuestro estudio consideraba mejor lactancia la LM. Este hecho se evidencia en otros estudios -97%- (Muñoz MT, 1986) -91%- (Morán J, 1992a) -94%-

(Ramos I, 1985). El inicio de LM se produjo en 92% de casos en los que la madre la señaló como la mejor -un estudio en Sevilla sitúa este porcentaje en el 85% (Ramos I, 1985)-, frente al 40% de casos de inicio de LM cuando la madre no la señaló como la mejor lactancia ($p < 0.001$). Por lo que en cuanto al inicio de la LM se refiere, las madres parecen bastante consecuentes con lo que dicen preferir, si bien algunas de las que no señalan la superioridad de la LM, inician ésta quizás por presiones externas o convencionalismos de diversa índole. La coherencia entre lo que piensan y deciden las madres queda reflejada, igualmente, en otros trabajos donde las madres que dicen preferir lactancia mixta -6%- realizan destete precoz, y las que prefieren biberón -0.5%-, obran según piensan no iniciando LM (Ramos I, 1985).

En la 1ª encuesta preguntamos a las madres de qué dependía que dieran el pecho el tiempo que tenían previsto. Un 90% de ellas relacionaron la duración con motivos centrados en el hijo; el 22% de madre dió razones centradas en la madre. De los motivos centrados en el hijo, el 68% se refirieron a motivos médicos, 32% a socioculturales y en un caso, apareció como argumento el fracaso en un hijo anterior de la LM. De los motivos centrados en la madre, el 68% fueron de índole sociocultural, el 20% motivos médicos, 12% rechazo de la LM por la madre, y 6% fracaso anterior de lactancia, otros tuvieron mucha menos importancia.

En nuestro estudio, las razones señaladas por las madres para justificar la duración que preveían para la lactancia se relacionaron con el tipo de lactancia elegida al nacimiento: Cuando argüían una razón centrada en la madre frente a otra que no lo estaba, el porcentaje de inicio de LM pasaba de 80% a 96% ($p < 0.001$). La situación inversa se producía ($p < 0.001$) si se consideraban la razón centrada en el hijo -inicio de LM en 98% de casos- frente a otras no centrada en él -inicio de LM en 72% de casos-. La relación persiste ($p < 0.05$) si consideramos motivos socioculturales³, incluido fracaso de una LM anterior -inicio de 96% de LM en el hijo actual- frente a motivos sanitarios o diversos -90% de inicio de LM-. Vemos, pues, que existe una concordancia de nuestros datos con lo que ocurre en los países

³ Incluye: niño gane bien o le alimente o no pase hambre, economía, actividad laboral materna, niño quiera pecho o no lo rechace o lo admita, relación madre-hijo, niño tenga suficiente con ese tiempo, niño no se acostumbre y coma bien otras cosas, ser la LM sana o mejor alimento, hasta que la madre se canse.

desarrollados, donde la elección de la lactancia artificial suele justificarse con razones centradas en la madre (Koçtürk T, 1989b) (González D, 1990) (Martín F, 1985) (Nogales A, 1989a), mientras que la natural lo es siempre por motivos que se refieren al niño (Koçtürk T, 1989b) (Nogales A, 1989a), y se relacionan con las ventajas tradicionalmente atribuidas a la LM (Ekwo EE, 1983) (Martin CL, 1976) (Nogales A, 1989b).

En nuestro estudio, la duración de la LM se relacionó con los motivos que la madre señaló para razonar esa duración al inicio de la misma: cuando apareció una razón centrada en la madre, con o sin otra centrada en el hijo, la media de duración de LM fué de 2.6 meses frente a 3.5 meses cuando la razón se centró exclusivamente en el hijo ($p < 0.01$). Los porcentajes fueron similares cuando la razón se centró por un lado en el hijo -3.4 meses de media de LM- frente a otras que no implicaban al hijo -2.7 meses- ($p < 0.05$). Una diferencia de media algo mayor se observó al considerar por un lado las razones que afectaban a ambos, niño y madre, -2.1 meses de media de LM- frente al resto de respuestas -3.3 meses de LM- ($p < 0.05$).

En nuestro estudio, cuando la madre señaló sólo motivos de índole médica la tendencia fué a una duración media de LM mayor que frente a los restantes de motivos -3.5 y 2.7 meses, respectivamente-.

La práctica totalidad de las madres dijeron recomendar la LM. En Madrid un 96% de madres dicen recomendar el pecho (Muñoz MT, 1986).

Las mujeres de nuestro estudio indicaron que a una amiga la aconsejarían LM con duración media de 5.2 meses, moda de 3 meses. Cifra, como media, algo superior a la dada por las madres en Bilbao -4.7 meses- (Apellaniz A, 1990). Y que, de cualquier forma, representa la opinión de un gran porcentaje de madres en el sentido de que se debe realizar una lactancia natural amplia. No se relacionó el tipo de lactancia elegida por la madre al nacer el hijo con el tiempo en meses que aconsejaría a otras madres para lactar al pecho. Si bien, cuando el consejo era de dar pecho 3 o más meses, la LM en el hijo en seguimiento se inició en 94% de casos frente a 89% cuando el consejo de lactancia era inferior a 3 meses ($p < 0.1$). Pero, si se relacionó directamente este consejo con la duración real de la LM en el hijo en seguimiento

($p < 0.001$).

Medidas de higiene física durante la gestación, como la aplicación de pequeños masajes en el pezón, aplicación de ventosas, pezoneras protectoras de roces, entre otras, se preconizaban ya durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX (Romero M, 1986). Estas medidas siguen siendo usuales en la actualidad. Así, en el pezón plano o invertido, que afecta al 4% de las madres (Martín F, 1985), suele ser de utilidad efectuar determinados ejercicios durante el embarazo, para preparación ante la lactancia. No suele recomendarse la estimulación de las mamas durante las últimas semanas del embarazo, ya que la estimulación del pezón origina contracciones uterinas (Lawrence RA, 1987).

En nuestro estudio, sólo el 38% de las mujeres realizó alguna preparación de las mamas durante el embarazo; de ellas, la mayoría -4 de cada 5-, usando cremas o aceites, como está descrito (Martín-Calama J, 1985d). La preparación o no de los pechos para la lactancia durante el último embarazo, en nuestro caso, no se relacionó con el tipo de lactancia elegida por la madre para su hijo al nacer ni con la duración de la LM, en contra de lo esperado al revisar otros trabajos que encuentran que la continuación de la LM se asocia positivamente con la preparación de los pechos (Bloom K, 1982a).

En un reciente estudio en España se señala que un 35% de madres dicen no saber por qué han dado el pecho (PAIDOS'84, 1985). Esta cifra nos parece alta a la vista de que para la casi totalidad -96%- de madres encuestadas por nosotros, el pecho tiene ó sólo ventajas o más ventajas que el biberón. Cuando la madre señaló que predominaban las ventajas de la LM sobre los inconvenientes se encontró que el 92% de los casos iniciaban LM frente al 61% de inicio cuando la contestación de la madre fué otra distinta ($p < 0.001$). La media de duración de la LM fué mayor cuando la madre señaló que predominaban las ventajas sobre los inconvenientes de la LM que cuando dió otra respuesta distinta, - 3.3 y 1.8 meses respectivamente- ($p < 0.01$).

En nuestro estudio, las ventajas de la LM, según las encuestadas, se centraron en las ventajas para el niño -de índole

sanitaria para madre e hijo- que fueron citadas por todas las madres y supusieron la mayoría -71%- de los 591 motivos señalados por las 394 madres. Este dato concuerda con el de un reciente estudio en Sevilla donde se señala que las ventajas sanitarias suponen el 76% de las que atribuyen las madres a la LM (Ramos I,1985). Las madres destacan la consideración de que "es lo mejor" como razón más importante para lactar al pecho (Jones DA,1987) (Marzo F,1987) (PAIDOS'84,1985) (Sánchez-Valverde F,1988), más adecuada (Couce ML,1987), o más nutritiva (Martín-Calama J,1985a) (Martín-Calama J,1986), pensando en las ventajas de la LM para el hijo. Es evidente, pues, que en nuestro entorno, un gran número de madres conoce que la LM tiene ventajas diversas para el hijo (Apellaniz A,1990).

Un 42% de nuestras mujeres señaló ventajas para ellas mismas, siendo las de índole sociocultural las citadas con más frecuencia -99% de veces-.

Observamos relación entre las ventajas de la LM señaladas por la madre y el inicio de la LM: Si se agrupaban las ventajas centradas en la madre frente a las que no lo estaban o ausencia de ventajas, el porcentaje de inicio de LM pasaba de 96% a 88% ($p<0.01$). Si se agrupaban las ventajas de índole sociocultural frente a las sanitarias o ausencia de ventajas, igualmente, el porcentaje de inicio de LM descendía de 95% a 88% ($p<0.05$). Ello lo interpretamos señalando que si la madre estaba convencida de que la LM aportaba ventajas para ella, iniciaría con mayor probabilidad la LM. Existía una coincidencia entre las ventajas centradas en la madre y las denominadas de tipo sociocultural.

Con nuestros datos, las ventajas centradas en el hijo suponían una duración media de sólo 2.9 meses de LM, que resultaba mayor cuando se trataba de ventajas maternas sólo -3.8 meses- o cuando se referían, a un tiempo, ventajas mixtas para madre e hijo -3.8 meses-. Mediante análisis de la varianza observamos que la duración de la LM resultó mayor ($p<0.05$) cuando la mujer refería ventajas de este tipo de lactancia tanto para el niño como para la madre que cuando sólo refería ventajas para el niño; no encontrando diferencias en los demás casos. La implicación práctica de este resultado es que debemos permitir que la madre conozca la existencia de ventajas tanto para el niño como para ella si queremos una duración mayor de la LM, haciendo más hincapié en las ventajas maternas, quizá menos conocidas o

valoradas.

Estos datos anteriores resultaron exactos a los que diferenciaban ventajas sanitarias, sólo, -equiparable a las centradas en el hijo- frente a socioculturales⁴ con o sin las sanitarias -iguales a las centradas en la madre-, con la misma significación. Ello significa que la fuerza de las ventajas sanitarias para tirar de la duración de la LM es menor que la de las ventajas de índole sociocultural y que es preciso insistir, mediante la educación sanitaria, en éstas últimas para conseguir una LM más duradera en nuestro medio.

En Sevilla, un 45% de madres no señala ningún inconveniente para la LM y un 20% no contesta, y el resto son fundamentalmente maternos (Ramos I,1985). Un 67% de madres en Navarra, dicen no tener motivos en contra de la LM, y el resto son fundamentalmente maternos (Sánchez-Valverde F,1988). Los datos de nuestro estudio concuerdan con lo anterior ya que observamos que para el 62% de las mujeres que encuestamos, no existían inconvenientes de la LM. Otro grupo de madres -38%- encontraba inconvenientes de la LM centrados en la madre: incomodidad -74%-, sanitarios maternos -20%-, estéticos -1%-, entre otros. En último lugar aparecen los inconvenientes centrados en el hijo, que se citaron sólo por 3% de madres, y que fueron de índole sanitaria. Coincidimos con quienes argumentan que las razones más frecuentes para justificar la lactancia artificial son que la LM es incómoda y embarazosa (Jones DA,1987), así como que, en un alto porcentaje -40%- las madres que inician lactancia artificial dan "razones vagas" para justificar su decisión (Apellaniz A,1990).

Los inconvenientes de la LM señalados por la madre no se relacionaron con el tipo de lactancia que decidió para su hijo al nacimiento ni con duración de la LM, si bien la tendencia fué hacia una menor duración cuando señaló inconvenientes centrados sólo en la madre que cuando estaban centrados en el hijo.

En nuestro estudio, la decisión sobre el tipo de lactancia, se tomó generalmente -87%- antes del parto: antes del embarazo, 67% de casos y durante el embarazo se decidió en 20% de casos.

⁴ Incluye: lactancia más práctica, más fácil de preparar o no requiere preparación, más cómoda, más fácil transporte del alimento, más económica, agrada a la madre dar el pecho.

El resto -13%-, tras el parto. Nuestros datos concuerdan con lo descrito en la literatura indicando que la decisión de amamantar se toma prenatalmente, antes del parto e incluso antes del embarazo (Birenbaum E, 1989) (Hally MR, 1984) (Martín-Calama J, 1985d) (Wharton B, 1982) (Zamora V, 1988). La mitad o más de las madres adoptan una decisión antes de estar embarazadas (Lefevre M, 1987) (Sarett HP, 1983). Para otros, la mayoría de las madres decide el tipo de lactancia de sus hijos a lo largo de la gestación -75%- (Cerrudo R, 1987), o antes del final del primer trimestre de embarazo (Aberman S, 1985) (Valls A, 1985), e incluso, la duración de la LM (Valls A, 1985).

Vimos que si la lactancia a seguir fué decidida antes del parto, el porcentaje de inicio de LM fué muy superior -96% de casos- al encontrado cuando la decisión se tomó tras el parto -58%- ($p < 0.001$). Esto ocurre en otros estudios (Alonso M, 1991).

Suscribimos con nuestra casuística las observaciones de otros autores que señalan que después del nacimiento de los hijos, la práctica totalidad -96%- de las madres que tenían intención de amamantar a los niños (Cerrudo R, 1987) (Hally MR, 1984) (Sarett HP, 1983) y -97%- de las que habían planeado dar biberón, lo hicieron así. Las madres indecisas antes del parto -un 5%- inician LM o biberón, a partes iguales (Sarett HP, 1983). La presión postnatal hacia la LM aumenta el número de madres que aceptan dar el pecho mientras están en el hospital pero, no evita un rápido cambio a la alimentación artificial cuando son dadas de alta (Sloper K, 1977).

Las intenciones prenatales de una mujer -consecuencia, probablemente, de una larga historia de socialización previa al embarazo- resultan fuertes predictores de éxito de la LM (Entwistle DR, 1982) (Loughlin HH, 1985). La duración de la LM se relaciona, entre otras cosas, con la elección previa del método (Hally MR, 1984)⁵, lo definido que tengan las madres durante el embarazo el esperar dar el pecho y las opiniones expresadas por la madre sobre la LM (Jones DA, 1986a). Por ello, nos parece

⁵ El éxito de la LM se asocia fuertemente a la elección previa al parto del método de lactancia. Mediante análisis multivariante, el grupo de Hally encuentra que predice correctamente la intención de la alimentación en el 88% de las madres, con los siguientes factores tomados en conjunto (Hally MR, 1984): vivir en casa propia o alquilada; tener un compañero de más de 25-30 años; haber sido aconsejada a dar LM por amigos o familiares; haber sido amamantada ella misma por su madre; tener pocos contactos con familiares; haber recibido educación superior; no haber recibido educación sobre lactancia en la escuela.

coherente que, en nuestro estudio, el momento de la decisión del tipo de lactancia antes ó tras el parto se relacionase con la duración de la LM ($p < 0.001$). Cuando la decisión se produjo antes del embarazo, la media de duración de la LM fué de 109 días; siendo de 91 días cuando se tomó durante el embarazo y si se produjo tras el parto, tan sólo de 35 días. Mediante análisis de la varianza comprobamos que la duración de la LM es mayor ($p < 0.01$) si la decisión sobre el tipo de lactancia a dar al hijo se toma antes del embarazo que tras el parto. También resulta más duradera la LM si la decisión se toma durante el embarazo en vez de tras el parto ($p < 0.01$). No encontramos diferencias en la duración de la LM cuando la decisión se toma antes o durante la gestación.

En la bibliografía, aparecen citadas como fuentes de influencia materna respecto a la LM de sus hijos: amistades o compañeras del trabajo que han lactado, madre política, cuñadas, primas y tías. Algunas también son influidas por grupos -como los de clases perinatales de Lamaze y La Leche League-, instructores en lactancia, médicos y enfermeras. Los abuelos maternos no aparecen mencionados (Ekwo EE, 1983). La influencia de los médicos en la decisión sobre el tipo de lactancia es pobre, pues suele ser escasa y tardía (Couce ML, 1987) (Hally MR, 1984) (Sarett HP, 1983). En muchos casos, la madre no recibe información o consejo sobre lactancia de sanitarios (Muñoz MT, 1986).

Según los datos de nuestro estudio, las madres tomaron a su cargo la decisión del tipo de lactancia a dar a sus hijos en el 97% de los casos, no reconociendo influencias ajenas prácticamente en esta decisión. Así, el marido o compañero influyó en 12% de ellas, la abuela materna en 6% y en escasísimo porcentaje otros familiares, amigos, médico o medios de comunicación. Nuestros datos concuerdan con otro estudio semejante donde, en un 93% de los casos la decisión del inicio del tipo de alimentación con LM corresponde a la madre (Morán J, 1992a).

No encontramos relación entre las posibles influencias que reconocía la madre en su decisión sobre la elección del tipo de lactancia y la decisión tomada al iniciar la alimentación del hijo; ni tampoco respecto a la duración de la LM. Todo ello a pesar de que un reciente estudio indica que el pediatra es el

primer inductor del mantenimiento de la LM exclusiva hasta el 3º mes (Sánchez-Valverde F,1988).

En el estudio de la OMS, el conocimiento de los alimentos infantiles por sus marcas comerciales resulta ser amplio en los distintos países (WHO,1981a). En nuestro estudio, las madres conocían y recordaban el nombre de, al menos, una leche artificial para lactantes en 78% de casos los primeros días tras el parto. Dato que coincide con el comunicado por otros (Apellaniz A,1990). Este conocimiento aumenta hasta el 92% cuando lo preguntamos al 3º mes de vida del niño y tiene que ver con la publicidad que hacen las casas comerciales de sus fórmulas lácteas.

En nuestro estudio, la existencia de botes de leche artificial en el domicilio, fué reconocida por el 26% de madres al 10º día de vida y el 63% al 3º mes de edad del niño. La existencia o no de botes de leche artificial en el domicilio, comprados previamente al parto, se relacionó con el tipo de lactancia al nacimiento ($p<0.001$): cuando había botes de leche en casa, el 85% de las madres iniciaron LM, mientras que si no había botes de leche artificial, el inicio de la LM se produjo en el 99.6% de casos. La existencia o no de botes de leche en casa los primeros días de vida del niño se relacionó con la duración de la LM ($p<0.05$): cuando había botes, la media de duración de la LM resultó de 2.7 meses, en tanto que si no había botes, subió a 3.6 meses.

A la vista de estos resultados nuestros, frente a la opinión de algunos de que la propaganda de leche artificial, como es la entrega gratuita de muestras de leche de fórmula al abandonar el hospital, no afecta la duración de la LM (Evans CJ,1986) (Feinstein JM,1986), postulamos, junto a la mayoría, que la entrega de muestras interrumpe antes la LM, animando tácitamente al empleo de leche artificial (Bergevin Y,1983) (Loughlin HH,1985) (Sánchez-Valverde F,1988). Este efecto es mayor si las madres son primíparas y tienen menor nivel de educación (Bergevin Y,1983).

En nuestro estudio, se adaptó mejor al pecho el niño actual -2ª encuesta- que el anterior hijo en el 46% de los casos, según la opinión materna. Se adaptaron ambos igual, en 34% de casos,

y lo hizo mejor el mayor en el 11% de casos. Ninguno se adaptó en el 9% restante de casos. Estos resultados pueden señalar en la dirección de que una mayor experiencia materna con la lactancia favorece la adaptación mutua de madre e hijo.

Los biberones y chupetes requieren un mecanismo de succión diferente, lo que produce la confusión del lactante (Neifert MR, 1986), que tendrá problemas para succionar correctamente el pecho. En nuestro estudio, usaba chupete el niño los primeros días de vida en 59% de casos. Hacia el 3º mes, el 67% lo usaba. Cifra baja, si la comparamos con otros estudios que indican que el uso de chupete es generalizado desde el primer día -94%- (Apellaniz A, 1990) -93%- (Ribó MA, 1983).

El uso de chupete al nacer se relacionó con el tipo de lactancia iniciada para alimentar al hijo ($p < 0.05$): del grupo que no usaba chupete, el 95% inició LM, este porcentaje fué de 88% en el grupo que lo usaba. El uso o no de chupete los primeros días de vida se relacionó con la duración de la LM ($p < 0.001$): en el grupo que no usó chupete, la media de duración de la LM resultó de 4 meses, en tanto que en el grupo que lo usó, sólo fué de 2.8 meses. Reformulada la pregunta en la 3ª encuesta, se observó relación entre el uso o no de chupete y la duración de LM ($p < 0.001$), siendo la media de duración de la misma de 4.7 meses si no usaba chupete frente a 2.6 meses, si lo usaba el hijo. A la vista de todo ello, creemos, como otros (González J, 1989) (OMS, 1989) que deben evitarse chupetes y biberones durante las primeras semanas hasta que la lactancia esté bien establecida.

En nuestro estudio, la retirada de la LM se debió a distintos motivos relacionados con la edad del lactante. Así:

(A) Respecto a la retirada de la LM en los primeros 10 días de vida, las 91 madres que estaban retirando el pecho, señalaron de mayor a menor frecuencia:

- 1º Motivos relacionados con el hijo en 79% de casos. De ellos el porcentaje mayor correspondió a razones de índole sanitaria del hijo -89%-, otras situaciones no sanitarias -7%- y la indicación médica por problemas del niño -4%-.
- 2º Los motivos relacionados con la madre se indicaron por

el 29% de las mujeres. La mayoría de ellos se referían a inconvenientes sanitarios de la madre -57%-, seguidos de incomodidad materna -15%-, otras situaciones -15%-, indicación médica por problemas maternos -8%-.

- 32 El deseo del padre de participar dando biberón se señaló en 2% de casos.

(B) La retirada de la LM entre el 102 día y el 32 mes, en nuestro estudio, se refirió como vinculada a los siguientes motivos, que citaron 248 madres:

- 12 Todas las madres refirieron, al menos, una razón que tenía que ver con el niño: 55% señalaron como motivo un problema sanitario del hijo; la retirada de leche -hipogalactia- fué señalada por el 34% de las mujeres; la indicación médica por problemas del niño fué señalada por el 17% de madres; la escasa ganancia ponderal del niño la citaron un 12% de madres.

- 22 Razones maternas fueron argumentadas por el 17% de las madres que retiraban la LM en el periodo de tiempo considerado: Las razones sanitarias de la madre ocuparon el primer lugar, citadas por 6.5% de todas las madres -y 38% de las madres que indicaron problemas centrados en la madre-; los problemas laborales ocuparon el segundo puesto, 6% de las madres -y 35% de las que indicaron problemas centrados en la madre-; la incomodidad que la LM suponía para la madre se reseñó en 3% de madres -19% de las que dieron razón centrada en la madre-; otras situaciones supusieron el 1.2% restante -7% de las razones centradas en la madre-.

(C) La retirada de la LM entre el 32 y el 62 mes se refirió como vinculada a los siguientes motivos, que citaron 92 madres:

- 12 Un 85% de madres refirieron un motivo vinculado al hijo: Hambre, hipogalactia, fué el referido más frecuentemente, por el 44% de las madres -51% de las madres que indicaron motivo centrado en el hijo-. Seguido en orden descendente por: problemas sanitarios del hijo, 14% -16% de las madres que indicaron motivo centrado en el hijo-; mala ganancia ponderal del hijo, según la madre, 13% -15% de las que indicaron motivo

centrado en el hijo-; indicación del médico, 10% -12% de las que indicaron motivo centrado en el hijo-; y problemas del hijo derivados de otros sanitarios de la madre, 4% -5% de las madres que indicaron motivo centrado en el hijo-.

- 29 El 28% de madres señalaron un motivo relacionado con ellas mismas: Los más frecuentes se referían motivos laborales maternos, 13% -47% de los problemas centrados en la madre-. Seguían otros: consideraciones socioculturales, 9.8% -35% de las de origen materno-; incomodidad de la LM para la madre, 3.3% de las madres -12% de los motivos centrados en la madre-; motivos estéticos, 1% y sanitarios de la madre, 1% -4%, cada uno, de los motivos centrados en la madre-.

Con nuestros datos nos incluimos en el amplio grupo de personas -véase introducción- para quienes la producción insuficiente de leche sigue siendo la razón más frecuentemente referida del abandono, a menudo precoz, de la LM. Y en la mayoría de casos, la producción insuficiente de leche -con ingresos incompletos de energía y proteína por parte del lactante (Garza C,1987)- y el rechazo del niño de la leche materna, se deben a defectos de técnica de lactancia (Santos I,1990).

La frecuencia de hipogalactia y de otros motivos distintos para justificar el abandono de la LM son similares en nuestro estudio a los observados por otros (Martín-Calama J,1985d) (Muñoz MT,1986). Así, en la población vecina de Móstoles, los motivos de abandono de LM son (Temboury MC,1988): escasez -61%- , ignorancia o mala técnica -22%- , enfermedad del niño -6.8%- , enfermedad materna -5.9%- , trabajo materno -4.2%- . Los motivos que tienen que ver con el hijo suponen, como en nuestro caso, la mayoría de los referidos por la madre para abandonar la LM -85% en Bilbao- (Usandizaga JM,1988).

En nuestro estudio, como en otros (Sánchez-Valverde F,1990), llama la atención que el abandono de la LM por causas como la estética o la incomodidad se aducen poco por las madres, aunque está descrito que la duración de la LM se relaciona con lo engorrosa que resulta ésta a la madre (Jones DA,1986a) (Wright HJ,1983).

Visto lo anterior, sólo podemos estar parcialmente de acuerdo con el estudio PAIDOS'84, que señala como factores

limitantes más importantes de la LM, por este orden: el trabajo materno fuera del hogar, la hipogalactia y la falta de educación sanitaria. Los pediatras añaden: motivos estéticos de la madre e incomodidad de la LM para ella (PAIDOS'84,1985).

El 82% de las madres de nuestro estudio, esterilizaban los biberones hirviendo todo -botella, arandela, gomas-. Un 13% empleaban el "método Milton" o uno similar; un 2% de madres lavaba el biberón con agua y jabón. Un 0.5% hervía la botella, sólo. Nuestras cifras son superiores a las ofrecidas por otros que señalan que un 46% de la población esteriliza regularmente los biberones; hecho que guarda relación con el grado de escolaridad de la madre, que es bastante homogéneo en nuestra muestra (Ribó MA,1983).

En nuestro trabajo, el 84% de madres utilizaba para su hijo agua hervida, del grifo o mineral; un 13% agua embotellada, sin hervir; 2% agua del grifo, sin más. Estos datos se asemejan a otros que indican que la práctica totalidad de la población emplea agua hervida para preparar biberones, y en pocos casos agua mineral, transitoriamente (Ribó MA,1983).

Para el 70% de las madres encuestadas por nosotros, el alimentar al pecho no influía en el riesgo de un nuevo embarazo. Un 8% de madres estimaba que disminuía en alguna medida el riesgo. Una importante proporción de mujeres -22%- dijo no saber que hubiera efecto alguno del amamantamiento sobre el riesgo de un nuevo embarazo. La creencia de la madre de que dar el pecho puede o no influir en el riesgo de un nuevo embarazo no se relacionó con el tipo de lactancia al nacimiento, pero si se relacionó con la duración de la LM ($p < 0.05$): en el grupo de madres que creían que la alimentación al pecho aleja el riesgo de un nuevo embarazo, la media de duración de la LM resultó de 4.4 meses, siendo en cambio de 3.2 meses en el grupo de madres que dió otra respuesta.

Si bien no parece que las mujeres actualmente, en nuestro medio, consideren el dar el pecho como procedimiento para espaciar nacimientos, estudios recientes nos hacen recordar que un alto porcentaje -80%- de las mujeres reinician las relaciones sexuales precozmente tras el parto y utilizando en muchos casos -

el 60% de ellas- el coitus interruptus como única protección, -y 5% sin esta protección siquiera- (Dargallo JL,1987). Aspecto, pues, en el que resulta preciso incidir desde la educación sanitaria a las embarazadas.

INICIO Y EVOLUCION DE LA LACTANCIA

Destacamos, ahora -tabla VIII- aquellos elementos de la evolución de la lactancia que mostraron influencia en nuestro estudio sobre el inicio o duración de la LM.

Tabla VIII: FACTORES DE LA EVOLUCION DE LA LACTANCIA QUE MOSTRARON RELACION CON EL INICIO Y LA DURACION DE LA MISMA EN NUESTRO ESTUDIO

Variable considerada	Inicio LM	Duración LM
Alimentación a demanda o no los primeros días	X	
Duración prevista para LM		X
Tiempo que la madre consideraba adecuado para LM		X
Tomas/día entre 10º día y 3º mes		X
Hijo 'coge bien el pecho'		X

Hemos considerando como inicio de lactancia materna (LM) la de las madres que daban pecho en el momento de la primera entrevista. Podría ser admisible un concepto mas estricto de inicio de LM, incluyendo en lactancia artificial (LA) los casos en que los niños eran amamantados menos de 10 días (Ruiz C,1991) ó sólo los 15 primeros días de vida (Sánchez- Valverde F,1988), como hacen otros autores.

Se inició LM, en nuestro estudio, en el 90.6% de casos: 83.3% LM exclusiva y 7.3% LM mixta, en 'espera de subida' de leche. En 9.4% restante se inició lactancia artificial exclusiva. Estas cifras coinciden con las comunicadas por otros (Gómez

E,1991) (Valdés JL,1991).

Para Bo Vahlquist, la proporción de mujeres en todo el mundo que no pueden dar el pecho a sus hijos no excede probablemente de un 10% (Vahlquist B,1981). Por ello, podemos considerar que la LM en nuestro medio muestra un inicio muy aceptable, semejante a la tasa de inicio para la categoría tipo I de la OMS (WHO,1981a), con cifras en el límite superior de las comunicadas en los últimos años en Fuenlabrada y Leganés (tabla XVII de la introducción), e incluso en la provincia de Madrid (tabla XIII de la introducción) y otras provincias españolas a excepción de estudios en Barcelona (Salvador RM,1988a), Tenerife (Cerrudo R,1987), Zaragoza (Castillo J,1990) (tabla IX de la introducción) e inferiores a datos de los países escandinavos (tabla VIII de la introducción).

En Madrid, el 85.9% de los niños inician LM (Muñoz MT,1987). En la España urbana, un 73% inicia LM exclusiva, ascendiendo a 81% si consideramos la lactancia mixta (Morán J,1992a). Según datos facilitados por equipos de atención primaria en distintas Comunidades Autónomas, el inicio de LM no se produce en el 20% -Madrid- a 30% -Canarias- de los niños (PAPPS,1990).

Como en nuestro caso, la 'espera de subida de leche' es la causa responsable de la mayoría de casos para una lactancia mixta los primeros días, en otros estudios (Apellaniz A,1990) y, generalmente es la madre quien solicita la ayuda del biberón al personal de la maternidad.

En nuestro estudio, el porcentaje de lactados a pecho al 10º día fué del 87% -de forma exclusiva 77%-, cifra comparable a la un reciente estudio en Navarra (Sánchez-Valverde F,1991a). Descendió de forma abrupta hasta los 3 meses, cuando la prevalencia fué del 40% -de forma exclusiva 21%- y de forma más suave y paulatina hasta los 6 meses, cuando la prevalencia fué del 16% -LM exclusiva era 3%-.

Se dice que las primeras semanas de lactancia suelen decidir el resultado final de la experiencia y la duración de un amamantamiento satisfactorio. Los puntos importantes incluyen el tiempo de la primera mamada, la frecuencia de las tomas de pecho, la eficacia del niño para pedir el alimento, la posición del niño contra el pecho para mamar y el tiempo total pasado diariamente succionando (Lawrence RA,1987).

El tiempo transcurrido entre el nacimiento y la primera toma de pecho suele variar ampliamente, así, por ejemplo, en Nueva York, encuentran que en 37% de las mujeres que quieren alimentar al pecho a su hijo, la LM no comienza hasta pasadas las 24 horas tras el parto (Winikoff B,1986). En Sudáfrica, un estudio reciente señala que la edad media de iniciar la LM es 20.6 horas tras el nacimiento (Delport SD,1988). En Jaén, la media es 17.8 \pm 10.0 horas (Ribó MA,1983). En Bilbao un 57% inicia LM antes de 6 horas de vida, un 23% en las 7 a 12 primeras horas y un 19% a las 13 o más horas del parto (Apellaniz A,1990). Un estudio en Madrid en 1984 señala que la primera toma se produce: antes de 6 horas, en 9%; entre 6 y 12 horas, en 16%; entre 12 y 24 horas, en 29%; después de 24 horas, en 24%; y no se dá LM en 22% de casos (Casado E,1989). En Móstoles, el 75% de madres inician LM en las primeras 12 horas de vida (Temboury MC,1990c).

En nuestro estudio, como media, tardó la madre en poner por primera vez al pecho al hijo 6 horas desde el nacimiento. La moda comprende la primera hora de vida, puesto que se consideró intervalos de hora en hora. El máximo fué de 72 horas. El 7 % de las madres no lo intentaron.

La hora de la primera puesta el pecho tras el parto no se relacionó con la duración de la LM, siendo ésto contrario a lo señalado por quienes consideran como un fuerte predictor en la utilización de fórmula, el tiempo transcurrido entre el parto y la adminsitración de la 1ª tetada (Kurini N,1991), de forma que hay una tendencia a prolongar más la LM en aquellos casos en que los niños hicieron su primera toma al pecho antes de las 12 horas de vida (WHO,1981a), o las 16 horas (Feinstein JM,1986). Se encuentran tasas de prevalencia de LM durante el primer mes más altas en mujeres que ponen a mamar a sus hijos antes de que tengan 12 horas y las mayores resultan para las que lo hacen antes de la primera hora de vida (Wright HJ,1983).

La importancia del contacto precoz y ampliado madre-lactante, especialmente a través de la succión, está fuera de dudas (De Chateau P,1977b) (ESPGAN,1982) (Klaus MN,1972) (Starling J,1979). El inicio precoz de la LM influye sobre el inicio y la posterior continuación de la producción de leche y duración de la LM (Andrés A,1989) (ESPGAN,1982) (Ferris AM,1987) (Montolio B,1988) (Salariya EM,1978) y esta relación no se afecta por el sexo del hijo ni la paridad de la madre (Taylor PM,1986).

El porcentaje de madres que habiendo recibido contacto extra piel con piel y amamantamiento en la primera hora postparto y que sigue dando LM a sus hijos es significativamente mayor en comparación con el grupo de madres testigo (De Chateau P, 1977b).

Taylor no encuentra una asociación significativa entre contacto adicional y duración de la LM, pero sí que el hecho de amamantar al neonato durante el periodo de contacto adicional se asocia con una mayor incidencia de LM entre las edades de 2 a 5 meses (Taylor PM, 1985).

Salariya encuentra que si la primera puesta al pecho se hace a los 10 minutos del parto, la duración de la LM es significativamente más prolongada que si se efectúa a las 4 a 6 horas de vida (Salariya EM, 1978).

Que la primera toma en el hospital se dé en el momento oportuno es un indicador importante de la duración de la LM (Wright HJ, 1983). Inmediatamente tras el parto el recién nacido permanece en un estado de alerta y reposo, en el que puede reconocer la voz y la figura humanas. Es el momento ideal para la primera toma, pues después de la primera hora suele quedar aletargado durante unas 6 a 12 horas (Klaus MH, 1985).

Respecto a la duración del amamantamiento, la mayoría apoyan la puesta al pecho precoz, sin horario rígido, en contacto continuado madre-hijo (Hally MR, 1984) (Lawrence RA, 1982) (Person LA, 1984).

El tiempo pensado por las madres del estudio para la lactancia al pecho fué de 4.7 meses de media al nacer, algo mayor a los 10 días de vida del niño -5.4 meses-. Lo que significa que, aunque las madres pensasen en una lactancia mixta, la toma de pecho podría prolongarse, según ellas, en el tiempo.

No encontramos relación entre el tipo de lactancia elegida al nacimiento y el tiempo de lactancia que la madre estimaba como adecuado para lactar a los niños.

La expectativa de la madre en el puerperio de un periodo prolongado de LM se asocia con el mantenimiento de la misma (Ferris AM, 1987), lo que pudimos comprobar en nuestro estudio ya que la duración prevista de la LM, en meses, preguntada la madre en la 1ª encuesta, se relacionó con la duración real de la LM ($p < 0.001$). Reformulada la pregunta en la 3ª encuesta, se

evidenció relación con la duración de la LM ($p < 0.001$).

En nuestro estudio, el tiempo que la madre creía adecuado para la LM (preguntada al 10º día) se relacionó con la duración real de la LM ($p < 0.001$).

La alta correlación de la duración prevista de la LM con la confianza materna en el amamantamiento sugiere que es una medición indirecta de confianza u obligación a la LM ó ambas a la vez. El valor predictivo de esta información la hace clínicamente útil (Loughlin HH, 1985).

Las madres que preveen amamantar durante 1 mes, abandonan precozmente la LM. En cambio las que tienen previsto amamantar más de 6 meses, prolongan la LM por encima de la media (Martín-Calama J, 1985b). Según transcurren los primeros meses tras el parto, se aprecia una disminución del porcentaje de madres que confían en la LM como alimento exclusivo (Apellaniz A, 1990).

Las 354 madres del estudio que iniciaron LM, la dieron durante una media de tiempo de 3.29 meses. Un 4% de ellas abandonaron en los primeros 10 días de vida del niños; un 49% lo hicieron entre el 10º día y la 3ª encuesta -3º mes-; y, un 25% abandonaron entre la 3ª y 4ª encuestas. Al finalizar el primer mes de vida 1 de cada 4 madres que habían iniciado LM, la abandonaron. Antes de concluir el 2º mes de vida, algo más de la mitad de las madres que iniciaron LM, abandonaron la misma. Antes de concluir el 3º mes de vida, 6 de cada 10 madres que iniciaron el pecho lo habían abandonado ya. Cuando el niño cumple 6 meses, casi 9 de cada 10 madres han abandonado la LM.

La media de duración de LM en nuestro estudio -99 días- es: similar a la de un estudio de ámbito nacional -90 días- (Morán J, 1992a), algo menor a un estudio reciente en Fuenlabrada -108 días- (Gómez E, 1991), y superior a la observada en la madrileña población de Alcobendas -87 días- (Villegas V, 1991) y otros que señalan que en España un 55% de madres que inician LM -en Madrid es el 60%- abandonan antes de los 3 meses (PAPPS, 1990).

En nuestro medio, a través del estudio observamos un abandono precoz durante el primer trimestre de vida de la LM, que es escasamente seguida a partir de los 6 meses, lo que coincide con datos previos referidos a las dos localidades de nuestro trabajo (tabla XVIII de la introducción) y otras del cinturón

metropolitano de Madrid (Temboury MC,1988) (tablas XIV y XVI de la introducción), así como, en general a los datos del resto de España (tabla XI de la introducción), aunque existen sensibles variaciones entre provincias, tamaño de muestras, origen rural o urbano de las poblaciones de referencia (Sánchez-Valverde F,1988).

En nuestro estudio se produjo un alto porcentaje de fracasos de LM en las primeras semanas de vida, aunque algo menor que en otros -39% de abandonos en las 3 primeras semanas- (García A,1980) -una tercera parte en las 2 primeras- (Martín F,1985),

En nuestro estudio, un 39% de madres que iniciaron LM, continuaron dando pecho más allá de los 3 meses de edad, coincidiendo estos datos con otros estudios en Fuenlabrada (Contreras A,1987), y siendo algo menores que los de otros de Fuenlabrada (Gallego LF,1986) y Leganés (Arana C,1987), aunque sus muestras son pequeñas.

El porcentaje de niños lactados al nacer con fórmula exclusivamente -9.8%- o de forma mixta -7.3%- , resultó inferior en nuestro estudio respecto a los datos disponibles de otros trabajos en nuestro medio, que dan cifras que oscilan entre 15% (González FJ,1989a), 17% (González FJ,1989b) y 58% (Cobaleda A,1989), con cifras intermedias de 35% (Gallego LF,1986) o 47% (Arana C,1987). Estas diferencias pueden radicar en: que estos trabajos tengan una muestra pequeña, que presenten 'sesgo de memoria' o que estén basados en demanda atendida. Otros estudios en España que muestran inicio de lactancia artificial superior al observado por nosotros pueden apreciarse en la tabla IX. Nuestras cifras concuerdan con recientes estudios de Bilbao -10% inicio de LA- (Usandizaga JM,1988) y Sevilla -13%- (Andrés A,1989).

Nuestras cifras están en un punto medio entre las de inicio de lactancia artificial en recién nacidos de Finlandia -0.9%- (Ståhlberg MR,1985) por un lado y Londres -23% inicio LA o mixta- (Levi J,1988) o Israel -28% inicio de LA o mixta- (Birenbaum E,1989), por otro.

Tabla IX: PORCENTAJE DE INICIO DE LACTANCIA ARTIFICIAL AL NACIMIENTO EN DIVERSOS ESTUDIOS EN ESPAÑA

Ref. estudio	% inicio LA	Lugar
Couce ML, 1987	41	Coruña (S.Compostela)
García C, 1990	24	España Occidental
Estevez MD, 1990	34-49	Gran Canaria
Dargallo JL, 1987	18 (13 mixta)	Guadalajara
Gil JM, 1986	20	Sevilla (Dos Hermanas)
García A, 1980	27	Valencia
Martín-Calama J, 1985	24	Valladolid

En Fuenlabrada, con datos de estudios retrospectivos, se muestra un mayor porcentaje de inicio de LA en los primeros años 80 (Cobaleda A, 1989), que va reduciéndose en la segunda mitad de esa década (Gallego LF, 1986) (González FJ, 1989a) (González FJ, 1989b).

A lo largo de nuestro estudio, se produjo la introducción de leche de bote en 346 lactantes, a una media de edad de 1.5 meses. Dato próximo a los 2 meses de media en Madrid (Marco M, 1989) y Cáceres (García LA, 1989), y más alejado de los 2.5 meses de media de Zaragoza (Pérez-Chóliz V, 1986). Coincidimos con otros al afirmar que el pediatra suele ser la persona que introduce la fórmula artificial en la dieta del lactante en la mayor parte de los casos -43 a 80% de ocasiones- (Buñuel JC, 1990) (Pérez M, 1979) (Sánchez-Valverde F, 1988) (Sánchez-Valverde F, 1990).

La mitad de los lactantes de los que dispusimos de datos en nuestro estudio, comenzaron a ser lactados con fórmula -con ó sin LM- antes de acabar el 12 mes de vida. Cifra algo superior a la de un estudio nacional donde se indica que en el primer mes de vida, el 44% de las madres dicen haber utilizado leche de fórmula para alimentar a sus hijos (PAIDOS'84, 1985). Tres de cada cuatro niños tomaban leche de bote antes de los 60 días de vida, y prácticamente, 9 de cada 10 lo hacían a los 90 días de edad, en nuestra muestra.

Estamos convencidos de que las madres que inician lactancia artificial, principalmente, lo hacen porque les conviene a ellas mismas (Beaudry M,1989), quizás porque la alimentación artificial les resulta más fácil (Florack E,1984). En este sentido, la suplementación con fórmula en el hospital es considerada como un marcador, mejor que una causa, de dificultades de la LM (Gray-Donald K,1985). De ahí la dificultad y la importancia de los esfuerzos que se realizan por demorar la introducción del primer biberón que se ven compensados por una mejora en los hábitos de amamantamiento y con una mayor duración de la LM (Feinstein JM,1986) (Ferris AM,1987) (Gil JM,1986) (Loughlin HH,1985) (Martín-Calama J,1985b) (Martín-Calama J,1986) (Samuels SE,1985) (Starling J,1979) (Wright HJ,1985).

Aunque no lo hemos podido constatar, está descrito que el momento en que se produce el parto puede afectar la frecuencia de la LM durante las primeras 24 horas. Los niños nacidos entre la medianoche y las 6 horas de la mañana, son alimentados con mayor frecuencia en comparación con los nacidos entre las 13 y 24 horas (Yamauchi Y,1990a). También se indica que el promedio de ingesta de leche materna por los niños es bajo en las primeras 48 horas tras el nacimiento y entonces se incrementa rápidamente hasta las 96 horas, siendo menores los incrementos posteriores. El número medio de tomas resulta de 7, 9 y 8 en los días 1, 3 y 5 respectivamente (Casey CE,1986).

En el estudio de la OMS, el número de veces que las madres amamantan al hijo durante el día -periodo definido como "horas de vigilia de la madre"- como promedio, resulta de 5 a 7. Y durante la noche, la mayoría da 2 a 3 veces (WHO,1981a). En nuestro estudio, el número de tomas de pecho al día fué, al 10º día de vida, algo menor que el de la OMS -7.4 tomas-, disminuyendo en el 3º mes -5.3 tomas- y al 6ºmes, -3.9 tomas-.

Se dice que el inicio precoz de la LM potenciado con las tomas frecuentes los primeros días, da como resultado un aumento inicial más rápido de la producción de leche (De Carvalho M,1983) (Neifert MR,1985b) y una mayor duración de la LM (Houston MJ,1983) (Salariya EM,1978), pero en nuestro caso el nº de tomas de pecho al día los primeros 10 días no se relacionó con la duración de la LM. Sin embargo, reformulada la pregunta al 3º mes, sí se relacionó con la duración de la LM ($p<0.001$). Este

dato se observa en otro estudio de Fuenlabrada (Gómez E, 1991).

El volumen de leche materna parece aumentar en relación al número de tomas, y ello puede tener 2 interpretaciones (OMS, 1985): 1) una estimulación más frecuente conduce a una mayor secreción; 2) las madres que tienen menos leche amamantan con menos frecuencia.

En nuestro estudio, el 95% de los niños cogía bien el pecho los primeros días de vida, según sus madres. En el grupo de madres que indicaron que su hijo "se cogía bien al pecho" los primeros días de vida, la media de duración de la LM resultó de 3.5 meses frente a 2.3 meses en el grupo que dió otras respuestas distintas ($p < 0.01$).

La conveniencia de dar uno o los dos pechos en cada toma, es algo que debe individualizarse para cada lactante. Si el niño experimenta un crecimiento satisfactorio y queda saciado con lo que obtiene de uno sólo, puede obviarse que mame de los dos. No así en caso contrario. Cuando se hace necesaria la oferta de ambos pechos, es importante que la mamada se inicie por uno cualquiera, con tal que a la vez siguiente se cambie el orden por el que comenzará a lactar, ya que el primer pecho del que come el niño es vaciado completamente, debido a que es mayor el apetito con el que inicia su toma de alimento que con el que acomete la succión del segundo pecho. Es necesario para el mantenimiento de la LM que las mamas se vacíen de modo total varias veces a lo largo del día, lo que se consigue al alternar el comienzo de la mamada por uno y otro lado (Casado E, 1975). Si la producción lactea es manifiestamente excesiva, es conveniente la extracción manual después de cada tetada (Sánchez E, 1984).

La prolactina y la oxitocina actúan simultáneamente sobre ambos pechos y la leche se produce en ambos a la vez, por lo que parece razonable dar los dos en cada toma. Cuando la frecuencia es alta, es posible que, en alguna de las tomas, el niño no quiera el segundo pecho hasta media hora después. La combinación de un horario fijo y un sólo pecho por toma puede dejar un pecho lleno hasta por doce horas, lo que puede ser causa de ingurgitación, grietas en el pezón, obstrucción de un conducto e incluso mastitis. Aunque es costumbre alternar el orden de los pechos en cada mamada, si hay grietas en uno de los pezones se

comenzará siempre por el sano, pues el niño suele mamar con menor fuerza del segundo pecho (González J,1989).

La mayoría de las madres de nuestro estudio, utilizaba los dos pechos en cada toma: 92% al 10º día, 94% al 3º mes, y 91% al 6º mes. La utilización de 1 o 2 pechos para cada toma los primeros días de vida no se relacionó con la duración de la LM.

Parece más eficaz dar los primeros días por poco tiempo cada uno de los dos pechos, en lugar de tener al niño mucho tiempo en uno sólo (Lawrence RA,1987).

Se necesitan 3 minutos de succión para que funcione íntegramente el sistema neuroendocrino que produce la eyección de la leche (Nogales A,1990b). Y en los primeros 4 a 5 minutos de pecho el lactante ingiere el 80-90% de lo que succiona en la toma (Casado E,1975) (Howie PW,1981), y el resto en los siguientes 5 minutos, de forma que a continuación no hace sino jugar con la mama materna, indica Casado, que en general, no es partidario de que se prolonguen las mamadas más allá de quince minutos para evitar el riesgo de la maceración de la areola y la aparición de grietas en el pezón (Casado E,1975). Howie indica que en alrededor del 75% de las madres la succión nutritiva se completa en 15 minutos y que pese a lo anterior, no debe intentarse limitar la duración de cada episodio de amamantamiento, siendo conveniente adaptar los horarios, dentro de ciertos límites, a la respuesta individual de cada niño (Howie PW,1981) (Sánchez E,1984). Otros autores opinan que la limitación de la duración de las tomas los primeros días de vida suponen que la LM durará menos que si, desde el principio, se da al niño el pecho todo el tiempo que él quiera (Slaven S,1981).

La duración de las tetadas es muy constante para cada niño en particular, independientemente de la frecuencia de las mismas (De Carvalho M,1983).

El tiempo medio al pecho por toma, en nuestro estudio, al 10º día de vida resultó 10.9 minutos para el primer pecho y 10.2 para el segundo. En otro estudio similar, el tiempo medio en cada pecho resulta de 12.1 minutos (Ribó MA,1983).

El número de minutos al pecho por toma los primeros 10 días de vida en nuestro estudio, no se relacionó con la duración de la LM, aunque en un reciente estudio en Fuenlabrada encuentran

que la LM se prolonga si la toma es de 10 minutos o más por pecho (Gómez E,1991). Reformulada la pregunta en la 3ª encuesta, igualmente no encontramos relación.

Aunque los datos previos sugieren que se produce alternancia de los pechos en un 44% de madres que comienzan por el último pecho utilizado en la toma anterior y el resto no sigue un orden especial (Ribó MA,1983). Observamos que casi todas las madres de nuestro estudio -93%-, empezaban la toma -2ª encuesta- por el pecho que había sido el último de la toma anterior. Sin embargo, el hecho de comenzar o no todas las tomas por el mismo pecho los primeros diez días de vida del hijo, no se relacionó con la duración de la LM.

Está descrito que las "crisis" de lactancia se presentan durante las primeras semanas o meses de la vida del niño, con gran frecuencia, y a menudo conducen a la supresión temprana de la LM (Houston MJ,1981) (Martín-Calama J,1986) (Sjölin S,1977) (Sjölin S,1979). En nuestro estudio, un 3% de madres lactantes manifestaron crisis de lactancia con relactación posterior en los primeros días de vida. Entre la 2ª y 3ª encuesta, las crisis como tal no existieron -0.3%- o dicho de otra forma, se saldaron con el abandono de la LM.

En 7 de los casos de crisis de lactancia hasta el 10º día de vida del niño, la duración de la crisis fué en 5 casos de 1 día, y en los otros 2 fué de 2 y 3 días, respectivamente. Los motivos de la crisis de lactancia fueron problemas sanitarios del niño o la madre.

En nuestro estudio, de las madres que utilizaban lactancia mixta, al 10º día de vida, la mayoría -78%- daba biberón tras la toma de pecho y un 16% de madres sustituía la toma de pecho por biberón -posiblemente una toma nocturna-; en la encuesta del 3º mes, algo más de la mitad de las madres -59%- sustituían tomas de pecho por biberón, aunque un 25% daba biberón tras toma de pecho, como complemento; en la encuesta del 6º mes, el 50% de madres sustituían tomas de pecho por biberón, y el 23% daban el pecho de postre tras la toma de biberón.

En caso de lactancia mixta en nuestra 3ª encuesta, se encontró relación entre el momento de dar los biberones respecto

a las tomas de pecho y la duración de la LM ($p < 0.001$), de forma que si se daban tras el pecho, la media de duración de la LM fué de 3.8 meses, frente a 2.4 meses si el orden era cualquier otro o sustituía una toma de pecho.

Se dice, que las formas más frecuentes de alimentar a los neonatos en el mundo occidental son las denominadas "a pseudo-demanda" y "según el horario" (Piazza G, 1985). Frente a datos como los de la población vecina de Móstoles, donde el 92% de madres alimenta a sus hijos con horario (Temboury MC, 1990c), Jaén, con 71% en esta modalidad (Ribó MA, 1983) y Bilbao, con el 65% (Apellaniz A, 1990), en nuestro estudio, la administración de la alimentación al lactante los primeros diez días de vida se hizo mediante control horario fijo, en 42% de casos, a la demanda por el 51% de madres y el 7% de madres restante lo hacía combinando ambas formas. Durante su estancia en la maternidad, el personal recordaba a la madre, cada 4 horas, el momento de dar el pecho.

La alimentación a demanda o de forma horaria en los primeros días se relacionó, en nuestro caso, con el tipo de lactancia iniciada ($p < 0.01$): en el grupo de lactancia a la demanda, el inicio de LM se produjo en el 96% de casos, mientras que ésto ocurrió en un 86% de casos en el grupo de madres que dió otra respuesta. La modalidad de alimentación a la demanda o no, no se relacionó con la duración de la LM.

La alimentación regular es una comodidad para la madre o el ama de cría, si bien el lactante, probablemente, espera los primeros días encontrar un pecho que aparece cuando lo desea y desaparece cuando no lo necesita más (Winnicott DW, 1970).

Las ventajas de la lactancia a la demanda desde el hospital se conocen desde hace más de cuarenta años⁶, pero se sigue insistiendo en ellas (Applebaum RM, 1970) (Gautier E, 1976) (Helsing E, 1985) (Klaus MH, 1972) (Nogales A, 1989a) conscientes de que las rutinas horarias, rígidas, de los primeros días de hospital y la suplementación con biberón, pueden producir problemas de adaptación al llegar al hogar y el cambio de

⁶ (cfr. Anderson Aldrich C, Hewitt ES. A self-regulation feeding program for infants. (1947). JAMA. 135: 340-342) (cfr. Illingworth RS, Stone DGH, Jowett GH, Scott JF. Self-demand feeding in a maternity unit. (1952). Lancet. I: 683-686) (cfr. Newton N. Nipple pain and nipple damage. (1952). J Pediatr. 41: 411) (Newton N, Newton M. Mother's reactions to their newborn babies. (1962). JAMA. 181: 216).

conducta del hijo ser interpretado por la madre erróneamente como una falta de leche. Y esto es así, porque en el mundo occidental el aumento de la frecuencia de la demanda se interpreta a menudo como un signo de aporte inadecuado de leche (Harrell BB,1981).

Van juntas las recomendaciones de que la LM se inicie muy precozmente, aprovechando el "periodo sensitivo" precoz y además que la alimentación se haga "a la demanda" del niño, sin exigirle horario o ritmo rígido (Casado E,1982b). La lactancia a la demanda es un prerrequisito para una lactancia natural exitosa (Helsing E,1985), en parte que la percepción que tiene la madre de que está alimentado a su hijo según la demanda se asocia con el mantenimiento de la LM (Ferris AM,1987).

Los horarios son tanto más rígidos cuanto más elevada es la clase social y el nivel de conocimientos sobre los alimentos (Ribó MA,1983), aspectos que no hemos podido comprobar, por la homogeneidad de nuestra muestra.

La mayoría de los padres desean que sus hijos duerman durante la noche. Quisieran tener 7 u 8 horas de sueño ininterrumpido, una condición tomada ya por algo seguro desde antes que el niño nazca, pero, por lo general, los lactantes al principio, se alimentan entre 1 y 4 veces por la noche (Schmitt BD,1986). En un antiguo estudio⁷, se encuentra que el 70% de los lactantes duermen durante la noche sin tomar alimento o llorar, hacia los 3 meses de edad, siendo este porcentaje del 83% hacia los 6 meses y el 90% hacia los 9 meses (Schmitt BD,1986). Otros datos señalan que el 50% de niños podría dormir 8 horas sin recibir alimento nocturno a la edad de 1 a 3 meses y un 95% a los 4 meses (Beal VA,1969).

En nuestro estudio, la pausa nocturna como media resultó de mínimo 2.9 horas y máximo 4.3 horas, en los primeros 10 días de vida. Las cifras de media de horas de pausa nocturna en el momento de la encuesta del 3º mes fueron: mínimo, 6.8 horas y máximo, 7.8 horas. El nº de horas de pausa nocturna los primeros días de vida del hijo no se relacionó con el tipo de lactancia elegida al nacimiento ni con la duración de la LM. Replantada la pregunta en la 3ª encuesta, se encontró relación entre el nº

⁷ (cfr. Moore T, Ucko LE. Night-waking in early infancy: part 1. (1957). Arch Dis Child. 32: 333-342).

de horas mínimo sin pedir alimento nocturno y la duración de la LM ($p < 0.001$).

La pausa nocturna permite un reposo digestivo al lactante y proporciona horas seguidas de sueño a la madre (Casado E, 1975). Sin embargo, con la LM es más frecuente la alimentación nocturna: el niño reclama a su madre nutrientes y gratificación amorosa (Casado E, 1983). La comida de las 2 de la madrugada debe suspenderse antes de que se convierta en un hábito. Una meta razonable son 4 comidas al día antes de los 6 meses de edad. La necesidad duradera de recibir una comida a mitad de la noche pasados los 4 meses de edad, se considera una conducta adquirida por condicionamiento y que se denomina "alimentación nocturna aprendida" (Schmitt BD, 1986).

En el hospital de Leganés no se suplementa con agua los primeros días. La oferta de agua al lactante supone un retraso de la subida de la leche de su madre (Lawrence RA, 1987), aunque otros opinan que no de forma significativa (Schutzman DL, 1986).

Un 15% de las madres que dan pecho puede referir no haber notado la sensación subjetiva de 'subida de la leche' (Ribó MA, 1983). En nuestro estudio, como media, se produjo la 'subida de leche', según la madre, a los 2.6 días, lo que coincide con otros estudios (Ribó MA, 1983) (Schutzman DL, 1986).

Aunque está descrito que la subida precoz de la leche parece relacionarse con el mantenimiento de la LM -a las 10 semanas de edad- (Ferris AM, 1987), el día en que se produjo la 'subida de leche' no se relacionó, en nuestro caso, con el tipo de lactancia iniciada ni con la duración de la LM.

DATOS DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

En nuestro estudio, se inició la alimentación complementaria (beikost), como media a los 4.2 meses. Estos datos son semejantes a los de Navarra (Sánchez-Valverde F, 1990) -4.5 meses-. Antes de los 4 meses no parece justificada la introducción de alimentación complementaria, sin embargo, en nuestro estudio se introdujo antes de los 4 meses en el 53% de los casos, lo que contrasta con

estudios recientes en los que se señala que la alimentación complementaria se inicia en el 94% de casos (Cabañas MJ,1990) a los 4 ó más meses, o por encima de los 3 meses en el 68% de casos (Gallego LF,1986). En nuestro estudio, se inició la alimentación complementaria antes de los 3 meses en 30% de casos, cifra superior a la de un reciente estudio en España -21%- (García C,1990). Pero inferior a otros datos de Valencia (García A,1980) que evidencian que en la mayoría de lactantes se introduce la alimentación complementaria antes de los 4 meses.

Aunque la introducción de alimentación complementaria ha ido retrasándose en el transcurso de los últimos años, adaptándose progresivamente a las recomendaciones más recientes para los distintos tipos de alimentos (Arroba ML,1987) (PAIDOS'84,1985), aún sigue siendo frecuente la introducción precoz de alimentación complementaria en nuestro medio (Gutierrez MA,1985). En Fuenlabrada encontramos en un estudio previo, correspondiente a los años 80, que la edad media de introducción de la alimentación complementaria es 4.6 meses (González FJ,1989a). En Madrid, indican como media de introducción de alimentación complementaria 5.4 meses (Arroba ML,1987). En Cáceres, 4.6 meses (Ramada A,1990) a 3.9 meses (García LA,1989).

El inicio de los distintos alimentos de la alimentación complementaria se produce a los siguientes meses: Harina sin gluten, 4.2 meses, en nuestro estudio, frente a 4.7 meses en otro estudio de Madrid (Marco M,1989). Verduras, 5.3 meses, en nuestro estudio, frente a 5.4 meses en otro estudio en Madrid (Marco M,1989). Frutas, 4.9 en nuestro estudio, frente a 5.5 meses en otro estudio de Madrid (Marco M,1989). Nuestros datos son similares a otro estudio en Leganés (Arana C,1987).

Comprobamos en nuestro caso, que como en otros estudios en Madrid, lo primero en introducirse como alimentación complementaria son los cereales sin gluten, seguidos de las frutas (Perdomo M,1990) (Puga M,1991).

En Madrid, como media se introduce: El gluten: 8.1 meses (Marco M,1989), 7.1 meses (Arroba ML,1987). Pescado: 8.4 meses (Marco M,1989). Huevo: 9.9 meses (Marco M,1989).

En nuestro medio el alimento que comprobamos se introdujo con más frecuencia fué la harina sin gluten, seguido de fruta y

verduras.

En nuestro estudio, la introducción de determinados alimentos los primeros meses es indicada fundamentalmente por los sanitarios: harina sin gluten, fruta, patata, verdura y carne. Otros alimentos son introducidos generalmente por iniciativa materna: miel, azúcar, leche entera, harina con gluten, sal, yogourt, petit-suisse, yuevo, legumbres. El pescado es introducido a partes iguales por iniciativa materna y por consejo del sanitario.

El pediatra parece ser la persona que indica la alimentación complementaria en la mayoría de los casos -62 a 75%- (Puga M,1991) (García A,1980) (Pérez-Chóliz V,1986) (Bachiller MR,1990). El médico participa, en primer lugar, seguido de la experiencia materna, en la introducción de los diversos alimentos (Casares I,1987). Las controversias surgidas a lo largo de los años, así como el cambio de criterios introducidos en los últimos tiempos, unido a la falta de reciclaje para actualizar conocimientos son las causas fundamentales de la discrepancia de criterios (Gutierrez MA,1985).

Para otros, resultan ser las madres, en gran medida, quienes deciden introducir los alimentos suplementarios, aunque en algunos países, el consejo de los médicos resulta ser un factor importante en esta decisión (WHO,1981a).

Los principales motivos aducidos por las madres, en el estudio mundial de la OMS, para introducir regularmente suplementos en la comida de los niños amamantados, resultan ser la "insuficiencia de leche" o "que el niño pasa hambre". En general, las razones alegadas parecen relacionarse con la percepción por la madre de las necesidades de los niños o su sensación de que el niño estaba dispuesto a tomar alimentos sólidos y otros alimentos suplementarios.

En nuestro estudio, en el momento de la 4ª encuesta, hay alimentos que se ingieren con más frecuencia: más de una vez al día -harina sin gluten, leche entera- ; una vez al día -fruta, verduras, patata, harina con gluten, pescado, carne, yogourt, miel, azúcar, sal-; varias veces en semana -petit-suisse-; una vez por semana -huevo, legumbres-.

En nuestro estudio observamos una tendencia a comenzar antes

la alimentación complementaria en el grupo de lactantes en que se inició lactancia artificial al nacimiento que en el grupo que comenzó con LM ($p < 0.1$). El verdadero dilema de la alimentación complementaria es que pasa de complementar a hacer desaparecer rápidamente la LM (Ballabriga A, 1988). El mes de introducción de la alimentación complementaria se relacionó de forma directa con la duración de la LM ($p < 0.001$): cuanto más duraba la LM, tanto más tarde se introducía la alimentación complementaria. Esta relación se refiere en estudios previos (Bloom K, 1982b) (Gil JM, 1986) (González FJ, 1989a) (Mazón A, 1989) (Pérez-Chóliz V, 1986) (Ribó MA, 1983) (Ribó MA, 1986) (Sánchez-Valverde F, 1988) (Sarett HP, 1983) (Starling J, 1979) (WHO, 1985), aunque no es fácil establecer una relación causal entre introducción prematura de alimentación complementaria y la interrupción de la alimentación al pecho (AAP, 1980a). Algunos autores no encuentran diferencias en cuanto al destete precoz en relación con la introducción de la alimentación complementaria (Díaz E, 1986).

La precocidad en la introducción de la alimentación complementaria se asocia a la supresión precoz de la toma de la noche y a una mayor tendencia a seguir horarios rígidos en la alimentación (Ribó MA, 1983).

DESARROLLO SOMATOMETRICO Y PSICOMOTOR DE LOS NIÑOS

A continuación -tabla X- relacionamos aquellos factores relativos al desarrollo del lactante que mostraron influencia en nuestro estudio sobre el inicio o duración de la LM.

Tabla X: FACTORES DEL DESARROLLO SOMATOMETRICO Y PSICOMOTOR DEL NIÑO QUE MOSTRARON RELACION CON LA LACTANCIA EN NUESTRO ESTUDIO

Variable considerada	Inicio LM	Duración LM
Peso del recién nacido	X	
Peso del neonato al 10º día		X
Exploración al 3º mes		X

El 95% de los nacidos vivos en el hospital de Area de Fuenlabrada-Leganés en 1988 (Hospital Severo Ochoa,1989), son RN a término, como cabría esperar (Fuchs F,1980). El embarazo a término era un requisito para la inclusión de niños en nuestro estudio.

Incluimos niños sanos al nacimiento, en los que las determinaciones de pH en sangre de cordón, arterial y venosas, se encontraron en límites normales, no encontrando relación de estas cifras con el tipo de lactancia iniciada al nacer.

El puntaje de APGAR, criterio más tradicional y universal para determinar el bienestar del recién nacido en la sala de partos y que refleja la capacidad del niño para responder al estrés del trabajo del parto y el propio parto (Brazelton TB,1981), resultó normal en los niños de la muestra, al minuto y los 5 minutos del nacimiento. No encontramos relación de la puntuación del test de APGAR con el tipo de lactancia iniciada tras el parto ni con la duración de la LM. Estos datos concuerdan con otros (Cunningham AS,1979) que encuentran puntajes de APGAR similares en los lactantes amamantados y en los lactados con leche de fórmula. Los niños con asfixia al nacimiento muestran inicio de LM menor que los niños sanos nacidos normalmente (Tamminen T,1983), sin embargo no se afecta la duración de la LM.

El 96% de los nacidos vivos en el hospital de Area en 1988 pesan 2200 gramos o más (Hospital Severo Ochoa,1989), condición necesaria para su inclusión en nuestro estudio. La media de peso al nacimiento de los niños del trabajo fué de 3269 gramos, similar -3262 gramos- a la de otro estudio en Fuenlabrada de nuestro grupo (González FJ,1989a).

El peso al nacer se relacionó con el tipo de lactancia iniciada ($p<0.01$), de forma que un 86% de los RN que pesaron más de 3250 gramos iniciaron LM frente a un 95% de inicio de LM entre los de 3250 o menos. De forma parecida, se describe (Sánchez-Valverde F,1991b) que, en Navarra, la introducción de lactancia artificial en el RN es superior en los que pesan menos de 3 kilos y más de 4. Aunque nos apartamos de otras observaciones que señalan que se inicia más la LM en los niños con mayor peso al nacimiento (Calzolari C,1989) (González F,1989a) (Grossman LK,1990). En nuestro caso, en el grupo de los RN que pesó menos

de 2500 gramos al nacer se observó una menor tendencia a iniciar LM, aunque ello no fué significativo, si bien se trataba sólo de doce casos -entre 2200 y 2500 gramos- y cabría esperar que esa diferencia fuese significativa (Mazón A,1989) (Ramos I,1985) (Tamminen T,1983) con una muestra mayor. A pesar de lo cual pensamos que los neonatos de bajo peso al nacer⁸ tienen un buen potencial para la LM (Lefebvre F,1989) en los países desarrollados, no así en los países en desarrollo, donde aparte de la tendencia a no ser lactados al pecho tienen una mayor mortalidad postperinatal (Barros FC,1986a).

Aunque el peso al nacer de nuestros niños no se relacionó con la duración de la LM, coincidiendo con otros (Andrés A,1989) (Tamminen T,1983), el peso al 10º día si mostró relación directa con la duración de la LM ($p < 0.05$), lo que concuerda con otros estudios (Calzolari C,1989) y contraviene lo observado por quienes afirman que los niños de 4 ó más kilos al nacer sufren destete precoz (Ramos I,1985). Otros encuentran que el tiempo de LM exclusiva resulta menor en los RN con menores pesos al nacer (Buñuel JC,1990).

El índice ponderal de los recién nacidos (IP)⁹ en nuestro estudio no se relacionó con el tipo de lactancia elegida al nacimiento ni con la duración de la LM.

Las medias de peso, longitud y perímetro cefálico de los lactantes seguidos por nosotros hasta los 6 meses de edad, se correspondieron con la media esperada para los grupos de edad de los niños según su sexo.

No evidenciamos diferencias significativas en el desarrollo somatométrico entre los niños alimentados con biberón y los alimentados con lactancia materna, coincidiendo en esto con otros autores (Bloom K,1982b) (Buñuel JC,1990) (Marco M,1989).

⁸ La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia -FIGO- definen en 1982 al recién nacido de bajo peso como el que pesa al nacer menos de 2500 gramos (Kubli F,1983).

⁹ El índice ponderal [$IP = 100 \cdot \text{Peso en gr} / (\text{Longitud en cm})^3$] es una medida útil para definir la adecuación de la nutrición fetal. Al contrario del peso al nacer, en los RN a término, el índice ponderal no se confunde por la raza, el sexo, la edad fetal o la paridad al señalar la desnutrición. A la edad de 37 semanas de gestación, se define la desnutrición como un índice ponderal menor o igual a 2.20 (Brazelton TB,1981).

La exploración del lactante al alta de la maternidad coincidió con la efectuada al 10º día de vida, evidenciándose alteraciones menores en sólo un 7% de casos. Sólo la exploración efectuada al 3º mes se relacionó con la duración de la LM ($p < 0.05$), de forma que los lactantes en los que la exploración resultó normal, la media de duración de LM resultó ser de 3.5 meses frente a los 2.5 meses del grupo en el que no fue rigurosamente normal. En la exploración de la 3ª y 4ª encuesta no se encontró patología relevante.

Al contrario de la creencia popular, estimamos que la presencia de dientes en la boca del lactante no impide el amamantamiento. En el momento de la 4ª encuesta, se había producido erupción dentaria en 22% de los niños en seguimiento. Ni el momento de erupción dentaria ni la precocidad con que puede ocurrir se relacionaron con la duración de la LM. En lo que coincidimos con otros (Goiriena FJ, 1989). El peligro de mordedura durante el amamantamiento activo es remoto ya que la lengua se queda por encima de los dientes inferiores. Además, los lactantes aprenden pronto la inaceptabilidad de la conducta de morder o masticar el pezón (Neifert MR, 1986) y raramente muerden para hacer daño (Winnicott DW, 1990).

DATOS DE SALUD DEL NIÑO, SEGUN LA MADRE

Relacionamos, seguidamente, -tabla XI- los datos de la salud del niño, según su madre, que mostraron influencia en nuestro estudio sobre el inicio o duración de la LM.

Tabla XI: DATOS DE LA SALUD DEL NIÑO, SEGUN LA MADRE, QUE MOSTRARON RELACION CON LA LACTANCIA EN NUESTRO ESTUDIO

Variable considerada	Inicio LM	Duración LM
Problemas de salud entre el 10º día y 3º mes		X
Adecuación de la ganancia ponderal los primeros días	X	
Preocupación por alimentación primeros días		X
Temperamento del lactante		X

Registramos la existencia o no de problemas de salud del hijo, según la madre -tabla XII-. Que hubiera o no problemas durante los primeros días de vida no se relacionó con el tipo de lactancia elegida al nacimiento ni con la duración de la LM. Sin embargo, este dato referente a los primeros 3 meses de vida, si se relacionó con la duración de la LM ($p < 0.05$), de forma que el grupo de madres que señaló que su hijo no había tenido problemas de salud, dió LM más tiempo -3.8 meses- que el de madres que indicó la existencia de problemas -3 meses-. Ello está en la línea de quienes afirman que los lactantes alimentados a pecho son llevados menos veces a la consulta a demanda, a las urgencias hospitalarias y a otros médicos, que los alimentados a biberón (Temboury MC, 1991) así como que la probabilidad de ser hospitalizado durante los primeros meses de vida es superior en lactantes no amamantados, siendo la protección de la LM más notable frente a las enfermedades graves que a las comunes (Cunningham AS, 1979) y disminuyendo el tiempo de LM exclusiva en los lactantes que requieren hospitalización (Buñuel JC, 1990), aunque sin perder de vista que los estudios epidemiológicos sobre los efectos de la lactancia materna en la salud se hallan plagados de potenciales fuentes de desviaciones o tendencias analíticas, entre las que se incluyen las derivadas de la información, selección, confusión y causalidad inversa (Kramer MS, 1988). La desviación por selección, se corresponde con la afirmación de que la alimentación infantil es una calle de una sola dirección (Sauls HS, 1979), porque cuando un niño evoluciona

favorablemente sigue con lactancia materna; en cambio, cuando presenta un retraso del crecimiento o enferma, a menudo se le pasa a lactancia artificial.

Con todo, pensamos que, a igualdad de gravedad en la patología, el predominio de consultas médicas en las madres que no lactan al pecho puede ser explicado, en parte, por una mayor ansiedad materna (Temboury MC, 1991). Durante la lactancia, problemas de llanto, cólico, vómitos y dificultades de alimentación, a menudo provocan ansiedad y falta de autoconfianza en los padres (Forsyth BW, 1985).

Tabla XII: PROBLEMAS DE SALUD DEL NIÑO PUESTOS DE MANIFIESTO POR LA MADRE EN LAS ENCUESTAS DE NUESTRO ESTUDIO

Datos de salud según la edad del lactante	De Rn a 10º día	De 10º día a 3º mes	De 3º mes a 6º mes
No problemas de salud	85 %	38 %	48 %
Problemas de manejo domiciliario	14 %	69 %	50 %
Problemas atendidos en urgencias	< 1 %	9 %	--
Precisaron ingreso médico o quirúrgico	< 1 %	8 %	7 %
Problemas para estudio médico		1 %	1 %

Según recogimos en la 3ª encuesta, los niños mostraron, a criterio de sus madres, buen apetito, si bien este dato no se relacionó con la duración de la LM.

Las madres estimaron que la ganancia de peso del hijo fué adecuada -79% en 2ª encuesta, 86% en 3ª y 82% en la 4ª-. Que en la 2ª encuesta un 19% de madres señalasen desconocer si la ganancia era adecuada o no, puede deberse a la inexperiencia inicial de la madre así como a la mayor incertidumbre sobre la cantidad ingerida al tomar pecho los niños.

Encontramos relación de la consideración que hicieron las madres sobre lo adecuado o no de la ganancia ponderal del niño los primeros días de vida con el tipo de lactancia elegida por ella para iniciar la alimentación de su hijo ($p < 0.05$) -el grupo que contestó que la ganancia parecía adecuada había iniciado LM en 89% de casos frente al 96% de inicio de LM en el grupo que consideró que no era adecuada o no lo sabía-. Quizás ello

refleje, una vez más, una mayor inseguridad sobre la ganancia adecuada entre las madres que optan por la LM del RN.

La consideración materna de ganancia ponderal adecuada o no del hijo los 3 primeros meses, no se relacionó con la duración de la LM, en nuestro estudio, en contra de lo esperado por los resultados de la literatura (Ferris AM, 1987) (Martines JC, 1989). Aunque estimamos que la satisfacción o no de la madre sobre la ganancia ponderal del hijo puede, a menudo, esconder otras consideraciones como el escaso convencimiento o deseo de seguir una lactancia al pecho.

En nuestro trabajo, la ausencia de preocupaciones maternas sobre la alimentación del hijo fue la contestación más frecuente -59% de madres en 2ª encuesta, 65% en la 3ª y 82% en la 4ª-. La preocupación sobre la adecuación cuali-cuantitativa de la alimentación fue porcentualmente disminuyendo según crecía el niño -28% en 2ª encuesta, 22% en 3ª y 12% en la 4ª-, de igual forma a como ocurrió con los problemas digestivos del niño, a criterio de su madre -9% en 2ª encuesta, 6% en 3ª y 2% en la 4ª-. La técnica de alimentación como problema disminuyó igualmente con el paso de los meses -6% en 2ª encuesta, 8% en 3ª y 4% en 4ª-. Todo ello podría vincularse con una mayor pericia de la madre según avanzaba la lactancia y una mayor autoconfianza en su papel en la alimentación del hijo, reforzada por los resultados del progreso adecuado del lactante.

No encontramos relación entre la existencia o no de preocupación materna sobre la alimentación que recibía el hijo y el tipo de lactancia elegido al nacer aquel.

Existió relación entre la existencia o no de preocupaciones en la madre los primeros días de vida por causa de la alimentación del hijo y la duración de la LM ($p < 0.05$), de manera que en el grupo que mostró preocupación por la adecuación cuali-cuantitativa de la lactancia, la media de duración de LM resultó menor -2.7 meses- frente al grupo que manifestó otro tipo de preocupaciones -3.7 meses- y frente al grupo con ausencia de preocupaciones -3.5 meses-. Mediante análisis de la varianza se observó que la duración de la LM resultaba mayor ($p < 0.05$) en los casos en que las madres no mostraban preocupación por la alimentación de sus hijos los primeros días de vida que en los

que manifestaban preocupación por la adecuación de la cantidad o calidad de su leche a las necesidades del lactante. No se evidenciaron diferencias significativas entre los otros grupos. Aquí encontramos otro dato sobre el que trabajar en la educación sanitaria, combatiendo el mito tan arraigado de la leche 'floja', 'fuerte', 'aguada', insuficiente, etc.

Pero, a pesar de lo que cabría esperar por estos resultados, la existencia o no de preocupaciones maternas por la alimentación del hijo -3ª encuesta- referente a los primeros 3 meses de vida del niño, no se relacionó con la duración de la LM. Ello podría explicarse por una mayor labilidad de la decisión materna de proseguir la lactancia los primeros días tras el parto o bien porque las madres menos convencidas de proseguir la LM empleen como excusa la preocupación por la alimentación del lactante.

A grandes rasgos, según su temperamento, los lactantes pueden considerarse como "fáciles" -aproximadamente 90% lo son- y "difíciles" (Kronstadt D,1979) (Sameroff AJ,1981). En nuestra muestra predominaron los niños de 'temperamento tranquilo', según la madre, -65% en 2ª encuesta, 48% en la 3ª y 42% en la 4ª-. El porcentaje de niños 'nerviosos', según la madre, aumentó a lo largo del estudio -13% en 2ª encuesta, 31% en la 3ª y 36% en la 4ª-. El temperamento -tranquilo o no- del hijo, según la madre, los primeros días de vida no se relacionó con el tipo de lactancia elegida tras el parto ni con la duración de la LM. Recogido ese dato en la 4ª encuesta, si se relacionó con la duración de la LM, así los niños de temperamento tranquilo fueron lactados a pecho 114 días de media frente a los 90 días de los restantes ($p < 0.05$). Lo que parece bastante coherente, pues si bien las desviaciones del comportamiento son factibles en niños de cualquier temperamento, el grupo más vulnerable a la crianza inapropiada parece el de los lactantes "difíciles" (Loughlin HH,1985) (Sameroff AJ,1981).

Un temperamento "más difícil" parece predecir una mayor frecuencia y duración del llanto e inquietud. Y no podemos olvidar que el llanto, uno de los mejores estímulos fisiológicos del reflejo de eyección (Applebaum RM,1970), conlleva una menor duración de la LM (Bloom K,1982a) (Cerrudo R,1987) (Loughlin HH,1985) (Paricio J,1982a). El patrón de duración del llanto e inquietud parece cambiar después del paso de lactancia materna

a artificial, y ésto puede explicar la supuesta eficacia de esta maniobra (Barr RG,1989).

Los espasmos con el llanto se asocian con niños de temperamento 'difícil'. Solamente un 11% de niños de nuestro estudio había tenido espasmos del sollozo, pero ello no se relacionó con la duración de la LM.

Para garantizar una LM más duradera parece importante el propio temperamento, confianza y experiencias anteriores de la madre, y el apoyo que recibe de familiares y amigos, al influir sobre su manera de percibir al lactante y sobre el impacto de éste en su vida (Kronstadt D,1979). Las madres pueden estar más estimuladas por los niños más activos que por los más pasivos, por los niños que piden mas que por los que piden menos. Este hecho puede ser muy importante para comprender ciertos problemas de las madres, sobre todo, cómo los niños muy difíciles pueden terminar con su paciencia y agotar las posibilidades maternas de interés y abnegación. El rol del padre en esos momentos es esencial, porque el umbral de tolerancia de una madre depende del comportamiento de su marido y de su comprensión (Utrilla M,1985).

El llanto y el despertar son aspectos de la conducta infantil asumidos como indicadores de hambre (Bloom K,1982a), que pueden afectar negativamente la LM cuando predominan en la madre estados psicológicos instrumentalizados por miedo, ansiedad, fatiga y dolor (Applebaum RM,1970). Los niños de nuestro estudio, en general -91% en 3ª encuesta- dormían bien, según sus madres, aunque este hecho no guardó relación con la duración de la LM. También indicaron las madres que, a la mayoría de ellos -82% en 3ª encuesta- se les tranquilizaba fácilmente si lloraban. La actitud materna más frecuente cuando el hijo lloraba, era cogerlo en brazos -66% de casos-, al comprobar quizás el notable efecto de esta maniobra sobre el llanto e inquietud del lactante (Hunziker UA,1986), lo que ocurría, a decir de las madres en el 97% de casos, pudiendo además ésto ser indicativo de la ausencia de patología acompañando al llanto. Con menos frecuencia el lactante era acunado sin ser cogido -20%- , tal vez para evitar 'que se acostumbrase a los brazos'.

Los motivos que las madres daban para justificar por qué lloraba el hijo, cuando lo hacía, fueron, de mayor a menor frecuencia el hambre -70%-, el sueño -35%-, otros -12%- y una

larga lista, de menor cuantía. Aunque, que el motivo de llanto, fuese o no el hambre, no se relacionó con la duración de la LM.

Con lo anterior queremos destacar la importancia que puede tener el dar una información clara y concisa de la significación del llanto en los lactantes, indicando que es la forma de comunicación que tiene el niño y no significa que tenga hambre, sino que puede traducir cansancio, aburrimiento, tristeza, sensación de calor, incomodidad por estar mojado, etc. Por ello, creemos que debe aconsejarse a los padres de los recién nacidos que no alimenten al niño si llora y no han pasado todavía dos y media horas desde la comida anterior -2 horas para los niños amamantados-, alentándolos, en cambio, para que cojan al lactante en estos momentos y lo tranquilicen. La alimentación no debe convertirse en un pacificador, además, los lactantes que reciben alimento muy frecuentemente durante el día, se tornan hambrientos a intervalos frecuentes durante la noche (Schmitt BD,1986).

Los lactantes mayores de 4 meses que han aprendido a llorar en la noche, generalmente lo han logrado porque los padres les dan alguna ganancia secundaria durante las horas nocturnas (Schmitt BD,1986).

En otras ocasiones si existe una clara relación de llanto y alimentación. Se trata de lactantes que duermen poco, lloran mucho y maman con frecuencia, a pesar de los cual no ganan peso adecuadamente y todo ello está en relación con que precisan más de los 8 minutos -algunos hasta 15 minutos-, que a la mayoría les resultan suficientes, para vaciar un pecho (González J,1989) y al limitar la duración de la toma a diez minutos, algunos niños son incapaces de obtener la leche tardía, mucho más rica en grasas y la leche inicial del segundo pecho, pobre en grasas, no basta para cubrir sus necesidades calóricas. El problema se resuelve dejándole mamar sin límites del primer pecho antes de ofrecer el segundo (Woolridge MW,1988).

DATOS DE SALUD DE OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA, SEGUN LA MADRE

Pensamos inicialmente que la salud general de los otros hijos mayores, especialmente del primero, podría interferir la LM del hijo actual. Encontramos que según valoración materna,

había antecedentes de problemas de salud en 1º hijo en 52% de casos, en 35% en 2º, 15% en 3º y ninguno en el 4º hijo. La existencia o no de antecedentes sanitarios de interés, según la madre, en el 1º hijo, no se relacionó con el tipo de lactancia iniciada al nacimiento del actual ni con la duración de la LM.

En nuestro estudio, pocas mujeres tuvieron que atender a algún familiar enfermo en los primeros 6 meses de vida del hijo menor y no encontramos relación entre ese hecho y la duración de la LM.

DATOS DE SALUD DE LA MADRE, SEGUN ELLA MISMA

Durante el embarazo, el cuerpo almacena nutrientes que están preparados para la fabricación de leche durante el postparto. Cuatro a cinco kilogramos de peso adicional -sin contar feto, placenta, útero o líquido amniótico- se almacenan para cubrir futuras necesidades de nutrientes y energéticas (Lawrence RA,1987). La LM influye en el restablecimiento del estado anterior al del embarazo para la madre. La recuperación "de la forma" se facilita utilizando el peso extra del embarazo para producir leche. Por tanto, las mujeres que dan el pecho recuperan con más rapidez su peso basal (Lawrence RA,1987).

La talla de las mujeres del estudio fué 160 cm. El peso habitual de materno previo al embarazo y al 6º mes postparto fueron, respectivamente, 59.16 kg y 61.69 Kg kg, por lo que se puede observar que en este plazo no se produjo una recuperación completa del peso basal. Los datos de somatometría materna no se relacionaron con el tipo de lactancia iniciada al nacimiento ni con la duración de la LM.

La LM como proceso físico y emocional precisa, entre otras cosas, de descanso materno, así, se establece que la madre debe dormir entre 7 y 9 horas al día, y descansar 1 ó 2 horas durante el día (Bernareck F,1989). El número de horas que las madres del estudio indicaron precisar los primeros días del puerperio para el descanso diario -8 horas- no se correspondió con el que

dijeron poder dormir realmente -media de la máxima fué 6 horas-. El número de horas de sueño de la madre esos días no se relacionó con el tipo de lactancia elegida al nacimiento.

El 4º o 5º día postparto, la mayoría de las madres experimenta una sensación de anticlimax y deseos de llorar (Messenger M,1982). En nuestra muestra esto no fué así si atendemos a que según nos indicaron ellas mismas, su estado de ánimo tras el parto fué normal, bueno o excelente en la mayoría de casos -72%-. El 61% de madres no dijeron sentir los primeros días momentos tristeza y ganas de llorar, aunque, en alguna medida 39% de madres si experimentaron estas sensaciones. Sin embargo esta situación de ánimo no guardó relación con la supresión o mantenimiento de la LM que está descrita en la literatura más con el uso de psicotropos para tratar la depresión postparto (Auerbach KG,1990).

El 78% de las mujeres del estudio nos indicó que no había tenido problemas de salud en los primeros diez días del puerperio. El resto presentó problemas relacionados con la proximidad del parto e inicio de lactancia. Aunque, la existencia o no de problemas de salud de la madre los primeros días postparto no se relacionó con el tipo de lactancia elegida tras el nacimiento del hijo ni con la duración de la LM, si bien en el grupo que señaló ausencia de problemas la tendencia fué hacia una mayor duración de la LM. La ausencia de problemas de salud fué ratificada por las madres en las encuestas sucesivas -82% de madres en 3ª encuesta y 84% en la 4ª-, no existiendo relación con la duración de la LM. Está descrito que, junto a la hipogalactia, la enfermedad materna se revela como motivo importante por el que una madre reconoce no haber dado LM (PAIDOS'84,1985).

La mayoría de las mujeres que tuvimos en seguimiento no llegó a presentar problemas en los pechos a lo largo de la LM, como era de esperar (Messenger M,1982). En algunas ocasiones el 29% de ellas presentó pezones agrietados, un 27% sintió el pecho lleno y dolorido, 21% los pezones doloridos y se presentó mastitis en 4% de casos. El padecimiento o no de la madre de molestias mamarias por pezones doloridos o con grietas, pecho lleno y dolorido, bultos en el pecho, mastitis o abscesos no se

relacionó con la duración de la LM. Aunque, las madres que no sufrieron de grietas en el pezón tendieron a una mayor duración de la LM que quienes tuvieron grietas. Estos problemas de los pechos, debidos en general a mala técnica¹⁰, suelen resolverse en las primeras semanas. Pero si la madre no desea amamantar, pueden ser la excusa para pasar al biberón (Messenger M,1982) (Ramos I,1985).

Una de las carencias de nuestro trabajo fué no tener oportunidad de inspeccionar las anomalías del pezón -pezón umbilicado, plano o micropezón- de las mujeres incluidas en el estudio, teniendo que conformarnos con observar si estaban registradas en la historia obstétrica. Y ello porque estas anomalías, cuando se presentan, son frecuentemente causa del fracaso de inicio de LM (Ramos I,1985).

Encontramos que las mujeres del estudio tuvieron la primera menstruación a los 2.8 meses de media tras el parto -moda: 2 meses-.

Está bien descrito que la LM exclusiva o mixta, contribuye al retraso en la aparición de la menstruación tras el parto (Dargallo JL,1987) (WHO,1981a), lo que comprobamos también en nuestro caso al observar que las madres que iniciaron LM al nacimiento tuvieron como media su primera menstruación a los 2.9 meses frente a los 2 meses del grupo que inició lactancia artificial ($p<0.001$). Además, existió relación entre el mes tras el parto en que reaparecieron las reglas y la duración de la LM ($p<0.001$), menstruando más tardíamente las mujeres que amamantaban.

Las mujeres que están dando pecho cuando reaparece la menstruación y continúan haciéndolo, muestran tener menos embarazos que otras mujeres (Anderson JE,1986). Cuando preguntamos a las madres si creían estar embarazadas, en el momento de la 4ª encuesta, el 96% aseguró que no, si bien, las restantes manifestaron dudas. Un caso estaba confirmado mediante test de embarazo, habiendo ocurrido éste el 2º mes postparto -16

¹⁰ Las tomas prolongadas no parecen ser la causa de las grietas en los pezones (Slaven S,1981), más bien se deben a una mala posición -cuando el niño introduce en la boca sólo el pezón y no una gran parte de la areola, como es preciso-, y el problema se agrava al disminuir, por miedo al dolor, la frecuencia de las tomas, con lo que el pecho se ingurgita y al niño le es cada vez más difícil cogerse adecuadamente (Neifert MR,1986).

semanas de gestación en el momento de la 4ª encuesta-, dato similar al encontrado por Dargallo, quien observa un 0.6% de embarazos en las primeras 6 semanas postparto (Dargallo JL,1987).

INCIDENCIAS DE LAS ENCUESTAS DEL ESTUDIO

De los 395 niños incluidos en la muestra, los dos sexos estaban representados por igual, manteniéndose la proporción de los nacidos ese año en la maternidad de donde obtuvimos la muestra (Hospital Severo Ochoa,1989). Ni el sexo del hijo actual ni el de los hermanos anteriores se relacionó con el tipo de lactancia elegida por la madre al nacimiento de aquel, en lo que coincidimos con otros autores (Díaz E,1986) (Salber EJ,1966) (Rico JL,1982), ni con la duración de la LM, como también comunican otros (Andrés A,1989) (Díaz E,1986) (Ramos I,1983) (Salber EJ,1966) (Ståhlberg M-R,1985). En contra del parecer general, un estudio indica que es mayor significativamente el número de varones que no toman pecho (Ramos I,1985). Un estudio efectuado por nosotros en Fuenlabrada muestra mayor duración de la LM en niñas (González F,1989a).

La asistencia a las encuestas de seguimiento fué buena, ya que el 91% completaron todas las citas previstas. Sólo 35 casos no completaron las 4 encuestas. La asistencia o no a todas las encuestas no se relacionó con el tipo de lactancia al nacimiento del niño ni con la duración de la LM, lo que demuestra que nuestro estudio no tuvo sesgos por este motivo.

La captación de los casos que no acudieron a las encuestas, mediante encuesta telefónica o a domicilio fué buena ya que permitieron reducir el número de casos con ausencia de datos sobre la lactancia a 11, ésto es, un 2.8% del total.

V.2. FACTORES DE RIESGO DE ELECCION DE LACTANCIA ARTIFICIAL AL NACIMIENTO Y MODELO DE REGRESION LOGISTICA MULTIPLE.

Mediante la regresión logística simple detectamos que el riesgo de iniciar alimentación con biberón al nacimiento parecía mayor si ocurría que:

- = El peso del RN a término era mayor de 3250 gramos.
- = La madre consideraba que la LM no era la mejor.
- = La madre decidió el tipo de lactancia tras el parto.
- = Existían botes de leche en el domicilio en el momento del parto.
- = De los anteriores hijos, ninguno tomó LM uno o más meses.
- = El hijo mayor no fué alimentado con LM.
- = El hijo mayor tomó LM menos de 2 meses.
- = Según la madre, al padre se le daba bien dar biberones.
- = La madre, para señalar la duración de la lactancia, no daba razones centradas en el hijo.
- = La madre, para señalar la duración de la lactancia, no daba razones de índole sociocultural.
- = No refería la madre que la LM conllevara ventajas maternas.
- = Si fué mal la LM en el hijo mayor o no le dió pecho, ello no se relacionó, según la madre, con un motivo centrado en el hijo.
- = Fué motivo médico o bien de otro tipo distinto a sociocultural lo que ocasionó que la madre señalase que fué mal o no dió LM al hijo mayor.
- = La madre no dijo que predominasen las ventajas de la LM sobre los inconvenientes.
- = La madre no inició alimentación exclusivamente a demanda.
- = Opinaba la madre que la belleza se deteriora al dar de mamar.
- = Consideraba la madre que dar de mamar no es una obligación, en absoluto.
- = El hijo utilizaba chupete desde el nacimiento.
- = Según la madre, el padre del niño tenía experiencia en

dar biberones.

- = Según la madre, el padre del niño justificaba su preferencia del tipo de lactancia por otro motivo distinto a la conveniencia del hijo.
- = Según la madre, el padre del niño no prefería la LM.
- = La madre tenía 29 años o más de edad.
- = En el caso de estar incorporada al mundo laboral, la madre tenía permiso remunerado tras el parto de 8 semanas o menos.

Algunos de estos factores de riesgo pueden dar una información redundante, por ello construimos un modelo que resumiera la información para nuestro estudio, incluyendo aquellos factores que hacían el efecto -los factores de confusión-. Así, según nuestro modelo de regresión logística múltiple, la probabilidad de elegir biberón al nacer estaba aumentada cuando coexistían los siguientes factores:

- = La decisión materna del tipo de lactancia a dar se producía tras el parto.
- = El padre del recién nacido no mostraba preferencia por la LM.
- = La mujer no refería que la LM tuviera ventajas maternas.
- = La mujer no indicaba que predominasen las ventajas sobre los inconvenientes en la LM.
- = El recién nacido, mayor de 2200 gramos, pesaba al nacer más de 3250 gramos.
- = La edad materna era de 29 ó más años.
- = Para indicar la duración de la LM la mujer no se apoyaba en razones de índole sociocultural.

A la vista del modelo de regresión, el factor más fuerte para el riesgo de inicio de la lactancia artificial al nacimiento lo constituye el momento en que la madre decidió el tipo de lactancia, de manera que es 20 veces más probable que la madre inicie la lactancia artificial si la decisión la tomó tras el parto que con anterioridad al mismo.

El peso del recién nacido es un factor fuerte en la decisión materna de iniciar lactancia artificial denotando, quizás, el

temor de no poder subvenir a las necesidades de los recién nacidos mayores con la LM, al resultar 11 veces más probable que los que pesan más de 3250 gramos sean alimentados con biberón ó bien, protegiendo instintivamente con la LM a los de menor peso.

Si el padre no muestra preferencia para la LM, resulta 7 veces más probable el inicio de alimentación con biberón.

Si no predominan las ventajas de la lactancia natrual para la mujer, ésta no contempla la existencia de ventajas maternas y no refiere ventajas distintas de las sanitarias, todo ello supone una mayor probabilidad de no iniciar la LM.

Las mujeres más maduras es más probable que inicien alimentación con biberón, quizás por una menor capacidad de dedicación para dar el pecho.

La actitud del padre ante la LM aparece en otros modelos de regresión logística múltiple (Birenbaum E,1989) que explican el el tipo de lactancia inicial, junto a las creencias religiosas de la madre, hábito tabáquico y actividad laboral materna.

Una vez más, se muestra la posibilidad de actuar, mediante educación sanitaria, para disminuir la importancia de aquellos factores que conllevan un cierto desconocimiento de la realidad en torno a la LM, visto el peso que tienen los elementos que constituyen las creencias y referencias que sobre la LM tienen las mujeres y sus parejas. La decisión materna tras el parto del tipo de lactancia a iniciar puede no estar muy meditada y en esas condiciones, la incertidumbre del funcionamiento de la LM en ese momento parece mayor que la del uso del biberón. Podemos favorecer que las futuras madres tomen, durante el embarazo, una decisión informada sobre el tipo de lactancia que van a escoger para su hijo.

Otros autores han construido modelos para predecir con mayor probabilidad que madres utilizarán lactancia natural (Hally MR,1984).

V.3. MODELO DE REGRESION LINEAL MULTIPLE PARA LA DURACION DE LA LACTANCIA MATERNA.

Basados en el análisis de los datos propios y en la información de la bibliografía, construimos un modelo de regresión lineal múltiple incluyendo, de entre las variables estudiadas, aquellas que entendimos podían realizar el efecto de medir la duración de la LM. Los factores analizados fueron numerosos y pudimos explicar con el modelo resultante el 35% de la variabilidad de la duración de la LM, lo que resulta aceptable si consideramos que es muy difícil conseguir, en este tipo de estudios, modelos que superen el 45 a 50% de explicación de la realidad (Ekwo EE,1984) (Florack E,1984).

De entre las variables incluidas, resulta interesante destacar que puede actuarse modificando su efecto, mediante educación sanitaria en: el uso de chupete en los lactantes y la existencia de pausa nocturna prolongada al principio de la lactancia. También puede ser modificado en la rutina del hospital el momento de la primera puesta al pecho tras el parto para que se efectúe, en lo posible dentro de la primera hora de vida.

Se observa la importancia que tiene como dato predictivo la previsión de la duración de la LM que hace la madre tras el parto y el peso de la tradición de la lactancia, representada por la duración de la LM en el primer hijo -niño índice- y por el número de hijos anteriores que fueron amamantados.

Esperábamos que, como en otros estudios (Ekwo EE,1984) se incluyeran variables relacionadas con problemas asociados con la lactancia al volver a la actividad laboral, temores maternos acerca de las demandas de la lactancia o ingresos familiares totales, que no aparecen en nuestro modelo.

V.4. FACTORES DE RIESGO PARA LA DURACION DE LA LM MENOS DE 1 MES Y MODELO DE REGRESION LOGISTICA MULTIPLE.

Mediante la regresión logística simple detectamos que el riesgo de una duración de LM menor de un mes, una vez iniciada aquella, parecía mayor cuando:

- = El parto era por cesárea.
- = Era mayor el peso habitual materno.
- = La reaparición de la menstruación tras el parto se producía antes.
- = La madre no consideraba la lactancia al pecho como la mejor forma de lactancia.
- = No observó la mujer crecimiento del pecho durante la gestación.
- = La madre decidió el tipo de lactancia tras el parto.
- = Había en el domicilio, antes del parto, botes de leche de fórmula.
- = Era menor la duración de LM prevista al nacimiento.
- = Ningún hijo anterior había tomado LM durante 1 o más meses.
- = La madre no había dado LM al 1º hijo.
- = El motivo de que fuera mal o no diera LM al 1º hijo fué de índole sanitaria.
- = Era menor el número de hijos anteriores que tomaron LM.
- = La mujer no daba razones centradas en el hijo para justificar la duración de la LM.
- = La madre no refería ventajas maternas de la lactancia al pecho.
- = La madre no indicaba que predominasen las ventajas de la LM sobre los inconvenientes.
- = La mujer consideraba que dar de mamar no es una obligación de la madre.
- = La LM tiene para la madre sólo ventajas de índole sanitaria.
- = Era menor el número de meses en que se iniciaba suplemento con leche de fórmula.
- = Era menor el número de meses en que se iniciaba la alimentación complementaria.

- = Ingería la madre bebidas con alcohol en las comidas durante el embarazo.
- = El lactante usaba chupete los primeros días de vida.
- = El padre del niño tenía experiencia en dar biberones.
- = El padre del niño justificaba su preferencia del tipo de lactancia con un motivo distinto a la conveniencia del niño.
- = El padre no prefería LM.
- = Era menor el número de años de residencia de la madre en la localidad actual -Fuenlabrada o Leganés-.
- = El tiempo que permaneció la mujer separada de su hijo tras el parto fué de 1 ó más horas.
- = Le disgusta a la mujer ser vista amamantando.
- = La primera toma de pecho tras el parto se produjo pasada la primera hora de vida.

A partir de los factores de riesgo para la duración de la LM elaboramos un modelo de regresión logística múltiple que incluyera la información del estudio para una lactancia materna menor de 1 mes. El modelo incluyó los siguientes factores:

- = La decisión materna del tipo de lactancia a dar a su hijo se produjo tras el parto.
- = El parto fué por cesárea.
- = Tomaba la madre en el embarazo vino o cerveza con las comidas.
- = Para indicar la duración de la LM la mujer no se apoyaba en razones centradas en el hijo.
- = Ningún hijo anterior tomó LM 1 ó más meses.
- = El lactante usaba chupete.

El factor más fuerte en la duración corta de la lactancia materna resultó ser el momento de la decisión materna del tipo de lactancia a dar al recién nacido: cuando ésta se toma tras el parto la probabilidad de una lactancia materna acortada es 7 veces mayor que cuando se toma antes del parto.

Si la razón que daba la madre para justificar cuanto podía durar la lactancia materna no tenía al hijo como referencia, era veces más probable que la lactancia fuera menor de 1 mes que cuando se refería a aquel.

En el caso de parto por cesárea resulta 6 veces más probable que se trate de una lactancia corta que si se trata de un parto vaginal.

Si no hubo hijos anteriores lactados al pecho 1 mes o más, resulta 4 veces más probable que estemos ante una lactancia corta del hijo menor que en caso de que otros hijos anteriores hayan sido lactados ese tiempo.

El empleo de chupete hace más probable que la lactancia natural sea corta, teniendo este mismo efecto el consumo de vino y cerveza con las comidas, durante la gestación.

En la educación sanitaria prenatal, para disminuir el riesgo de un destete precoz puede incidirse sobre: las ventajas de la LM para el hijo; la inconveniencia del uso del chupete, al menos hasta que la LM esté bien instaurada; y la abstinencia de ingesta de alcohol por la madre durante la gestación. En el curso de preparación al parto debería incidirse en que la madre manifestase el tipo de lactancia que elige para su hijo y dar apoyo para la LM a las madres que se decanten por ésta.

Aparece como importante la LM exitosa de los hijos mayores, sin duda como un punto de referencia próximo para la madre.

En caso de cesárea, debería existir un esmerado cuidado, en la planta de maternidad, para facilitar la formación del vínculo madre-hijo, así como la administración precoz de una primera toma de pecho y que sean frecuentes las sucesivas.

V.5. FACTORES DE RIESGO PARA LA DURACION DE LA LM MENOS DE 3 MESES Y MODELO DE REGRESION LOGISTICA MULTIPLE.

Mediante la regresión logística simple detectamos que el riesgo de una duración de LM menor de tres meses, una vez iniciada aquella, parecía mayor cuando:

- = Aparecieron grietas en los pezones.
- = La reaparición de la menstruación tras el parto se producía antes.
- = La madre decidió el tipo de lactancia tras el parto.
- = Había en el domicilio, antes del parto, botes de leche de fórmula.
- = Era menor la duración de LM prevista al nacimiento.
- = Ningún hijo anterior había tomado LM durante 1 o más meses.
- = La madre no había sido lactada al pecho o no lo sabía.
- = Era menor el tiempo de lactancia del 1º hijo.
- = La madre no refería ventajas maternas de la lactancia al pecho.
- = La mujer consideraba que dar de mamar no es una obligación de la madre.
- = Era menor el número de meses de LM que la madre aconsejaría a una amiga.
- = Era mayor el número de horas mínimo de pausa nocturna de alimentación entre 10º día y 3º mes.
- = Era menor el número de meses en que se iniciaba suplemento con leche de fórmula.
- = Era menor el número de meses en que se iniciaba la alimentación complementaria.
- = El lactante usaba chupete los primeros días de vida.
- = La mujer no había asistido a cursos de preparación al parto con anterioridad.
- = El padre no prefería la LM.
- = La madre residía en Fuenlabrada.
- = La vivienda familiar era de propiedad.
- = El tiempo que permaneció la mujer separada de su hijo tras el parto fué de 1 ó más horas.
- = Le disgusta a la mujer ser vista amamantando.
- = La primera toma de pecho tras el parto se produjo

pasada la primera hora de vida.

- = Era menor el número de semanas de permiso laboral postparto materno.

El modelo de regresión logística múltiple que incluye los factores que explican, en nuestro estudio, la duración de la LM menor de 3 meses, incluye los siguientes:

- = La decisión materna del tipo de lactancia a dar se produjo tras el parto.
- = Vivienda familiar de propiedad.
- = El lactante usaba chupete.
- = La madre o no fué lactada o no lo sabe.
- = Existían botes de leche de fórmula en el domicilio antes del parto.
- = La mujer consideraba que dar el pecho no es una obligación.
- = Estuvo la mujer separada de su hijo, tras el parto, una hora ó más.
- = La mujer no refería que la LM tuviera ventajas para la madre.
- = Era mayor el número de horas mínimo de pausa nocturna de alimentación entre 10º día y 3º mes.

El factor de más peso es, nuevamente, el momento en que la madre decide la lactancia que dará al hijo recién nacido, siendo 8 veces más probable que aquella dure menos de 3 meses cuando la decisión se toma tras el parto.

Como vemos, aparece un factor de índole socioeconómica, como es la posesión de una vivienda en propiedad y un factor de historia de la lactancia de la propia madre, aportando información en el modelo.

El peso de los factores incluidos que pueden ser modificados por información y educación sanitaria parece importante -decisión materna de la lactancia, uso de chupete, botes de leche en la casa, consideración de ventajas maternas de la LM, pausa nocturna-. Tampoco debemos pasar por alto el aspecto de rutina de la maternidad que supone la separación madre-hijo tras el parto.

V.6. PROPUESTA PARA LA PROMOCION DE LA LM EN NUESTRO MEDIO.

Es interesante, como objetivo pediátrico y sanitario de primera fila, propiciar el empleo de la LM (Casado E,1982b) siguiendo las directrices de quienes tienen mayor experiencia en estos aspectos y aportando nosotros las particularidades propias de nuestro entorno (Nogales A,1989b).

A la vista de nuestros resultados, una propuesta de estrategia de intervención en nuestro medio, si bien debería ir dirigida a educar sanitariamente a toda la población, tendría que hacer más hincapié en:

1. Población:

- . Medios de información:
 - Espacios informativos en emisoras locales de radio.
 - Inserción de información en boletines y revistas municipales y vecinales.
- . Edición de boletines de educación sanitaria en atención primaria del área sanitaria.
- . Implicación de la CAM a través del Plan de Salud para la Comunidad y el desarrollo del mismo.
- . Movimiento ciudadano:
 - Charlas-coloquio.
 - Asesoría.
- . Escuela e instituto:
 - Formación de maestros y cooperación a través del programa de educación sanitaria en la escuela -Mº de Educación y Ciencia-.

2. Embarazadas:

- . Programas sanitarios de atención a la mujer y al niño sano:
 - Incorporación de las embarazadas a cursos de preparación al parto.
 - Educación sanitaria a gestantes.
 - Identificación de madres de riesgo para

inicio de lactancia artificial y de abandono precoz de LM.

3. Medio hospitalario:

- . Sanitarios:
 - Formación continuada a obstetras y profesionales sanitarios no facultativos para que conozcan los pros y contras de la LM y estén capacitados para dar información y apoyo a las embarazadas y puérperas.
- . Rutinas de la maternidad:
 - Proseguir la adaptación iniciada en el hospital de las rutinas para favorecer un inicio precoz de la LM, el contacto continuado madre-hijo, la alimentación a la demanda, evitando suplementación con suero o fórmula, desaconsejando el uso de chupetes y tetinas; y en pocas palabras, apoyando humana y técnicamente a la madre lactante.
- . Casas comerciales de alimentos infantiles:
 - Evitar las muestras gratuitas de leche artificial al abandonar el hospital.

4. Medio extrahospitalario:

- . Sanitarios:
 - Formación continuada a pediatras, médicos generales y profesionales sanitarios no facultativos para que conozcan las ventajas e inconvenientes de la LM y puedan así dar información y apoyo a las gestantes y madres que lactan.
- . Programas sanitarios de atención a la mujer y al niño sano:
 - Captación precoz del recién nacido -al realizar el test de metabolopatías

congénitas en los centros de atención primaria-.

- Visita neonatal del lactante.
- Visita domiciliaria programada puerperal.
- Consultas de pediatría y enfermería para asesoramiento de la lactancia. Acceso fácil a consulta telefónica para lactancia.

5. Madres incorporadas al mundo laboral:

- . Charlas de educación sanitarias en empresas.

6. Educadores sanitarios:

- . Formación continuada mediante sesiones y revisiones bibliográficas.

VI. CONCLUSIONES

Del estudio de la lactancia materna que hemos realizado podemos destacar, como más importantes, de acuerdo con la hipótesis y los objetivos propuestos, las siguientes conclusiones:

- 1.- En la población estudiada se ha detectado, como formulábamos en la hipótesis, la existencia en nuestro medio de factores sociales y psicológicos que influyen en la decisión materna de iniciar, mantener o abandonar la lactancia natural. El interés de este hecho radica en la posibilidad de actuar sobre estos factores.
- 2.- La frecuencia con que se inicia la lactancia materna es elevada (91% de los casos), siendo su duración media de 99 días. Sin embargo, los abandonos precoces resultan numerosos: el 26% de los niños que han iniciado lactancia materna, la dejan durante el primer mes, y el 21% durante el segundo mes.
- 3.- Las actitudes maternas claramente relacionadas con el éxito de la lactancia natural se han asociado, sobre todo, con dos hechos: la decisión de lactar cuando es adoptada antes del parto, y la de seguir una lactancia prolongada tras el nacimiento del niño.
- 4.- La experiencia de la lactancia materna con el primer hijo resulta decisiva para las siguientes. Por ello debe tratarse de afianzar la seguridad de la mujer en sus posibilidades de lactar, muy especialmente con el primer hijo.

- 5.- Entre los factores que propician la instauración de lactancia artificial podemos destacar los siguientes: la buena opinión del padre sobre la misma, la edad de la madre superior a los veintinueve años y la existencia de permisos laborales cortos (menores de ocho semanas) tras el parto.

- 6.- Hemos encontrado asociación entre una duración corta de la lactancia materna (inferior al mes) y algunos hechos, entre los que destacan: escaso crecimiento del pecho durante la gestación, parto por cesárea, separaciones madre-hijo tras el parto superiores a una hora y demora por encima de la primera hora de vida en ofrecer el pecho al recién nacido.

- 7.- Además de los hechos anteriores hemos constatado el efecto desfavorable sobre la lactancia materna de guardar en el domicilio, antes del parto, botes de fórmulas para lactantes, pausas nocturnas prolongadas en menores de tres meses, introducción precoz de suplementos de leche artificial, inicio temprano de la alimentación complementaria, y uso de chupete.

- 8.- La apreciación subjetiva de insuficiente cantidad de leche es referida por las madres con mucha frecuencia como justificación de la retirada de la lactancia (del 34% al 43% de las madres estudiadas, según el momento en que ocurriese, aducen ese motivo). Cabe sugerir que esta situación, generalmente sin base orgánica, puede paliarse orientando a las futuras madres en la técnica de la lactancia y prestándoles apoyo cuando amamantan.

- 9.- Se ha constatado una escasa información de las madres sobre los beneficios no exclusivamente sanitarios que para ellas supone la lactancia, y que esto conlleva riesgo de que la lactancia resulte acortada. Así, al encarecer el interés de la misma debe destacarse no sólo las ventajas para el niño, sino también para la madre, especialmente las de índole no sanitario.
- 10.- Detectamos que sólo el 28% de las mujeres asistió a cursos de preparación al parto y que aspectos de educación sanitaria en relación con la lactancia, susceptibles de ser conocidos a través de los cursos prenatales, son ignorados por las madres del estudio.
- 11.- Hechos como el frecuente abandono precoz de la lactancia materna, las justificaciones para el mismo, y la actitud y los conocimientos de las madres sobre aspectos generales de la lactancia, evidencian una promoción insuficiente de la lactancia natural para Fuenlabrada y Leganés.
- 12.- Una gran parte de las carencias detectadas en la educación sanitaria específica de las madres sobre la lactancia materna y que suponen riesgo para el abandono precoz de la misma son abordables mediante el empleo de medidas de actuación, a distintos niveles, reconocidas como eficaces: información a la población, desarrollo de programas de atención a la mujer y al niño sano, y de apoyo a la gestante y puérpera por los profesionales hospitalarios y de atención primaria.

13.- Finalmente, queremos decir, como un resumen de las conclusiones anteriores, que los aspectos en que debe hacerse más hincapié para promocionar la lactancia materna en nuestro medio son los siguientes:

- Efectuar una educación sanitaria específica de las mujeres antes del embarazo.
- Estimular la participación de las gestantes en cursos de educación perinatal, favoreciendo que las mujeres adopten, antes del parto, la decisión de administrar lactancia natural a sus hijos.
- Encarecer las ventajas de la lactancia natural no sólo referidas al niño sino también a la madre y no únicamente a aspectos sanitarios sino también a los no sanitarios.
- Evitar una separación madre-hijo prolongada tras el parto, propiciando la aplicación al pecho en la primera hora de vida.
- Desaconsejar el uso de chupete.
- Dar apoyo técnico sostenido a las madres durante la lactancia, muy especialmente en la del primer hijo.
- Evitar la administración precoz de suplementos de leche artificial y de alimentación complementaria en la dieta del lactante.

VII. RESUMEN

La leche materna es el alimento idóneo para el lactante durante los primeros seis meses de vida. De acuerdo con los datos disponibles, proponemos la hipótesis de que en la decisión de las madres de los municipios de Fuenlabrada y Leganés de iniciar una lactancia natural y en el mantenimiento de la misma influyen factores sociales y psicológicos. Como objetivo general nos planteamos valorar la actitud materna y los factores asociados al inicio y mantenimiento de la lactancia materna en los citados municipios. Efectuamos un estudio, longitudinal prospectivo, valorando su pertinencia y viabilidad, que permitiera, en las citadas poblaciones: señalar las características socioeconómicas generales maternas, describir las características del tipo de lactancia inicial y la duración de la lactancia natural adoptada por las mujeres del estudio, identificar los factores sociales y psicológicos de riesgo tanto para el inicio de la lactancia artificial tras el nacimiento como para una duración corta de la lactancia natural y determinar, según los factores identificados, medidas de intervención para promocionar la lactancia al pecho. De forma aleatoria y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión se completa la población muestral con 395 sujetos - número preciso para poder estimar con el nivel de confianza deseado los parámetros de inicio del amamantamiento y duración del mismo- de la que obtenemos la información mediante aplicación de cuestionarios -previamente validados- por entrevistas a las madres: al nacer el niño, a los diez días de vida, a los tres y a los seis meses de edad del lactante. También se obtienen datos de la historia obstétrica y neonatal. Los datos fueron procesados informáticamente mediante paquetes de estadística biomédica. Las variables aleatorias fueron estudiadas mediante técnicas de estadística descriptiva y analítica bi y multivariante. La muestra fué representativa de la población de referencia -mujeres de Fuenlabrada y Leganés que tras un embarazo a término dan a luz un hijo sano de al menos 2200 gramos de peso, en el hospital de Leganés-. De entre los resultados obtenidos destacamos los que nos permiten efectuar las conclusiones del trabajo. Verificamos nuestra hipótesis de partida. En la población materna predominan el nivel socioeconómico y cultural medio-bajo. La frecuencia con que se inicia la LM en nuestro medio es elevada, pero los abandonos precoces resultan numerosos. La experiencia de la lactancia materna con el primer hijo es decisiva para el éxito

de las siguientes lactancias. La insuficiente cantidad de leche es referida con mucha frecuencia como justificación de la retirada de la lactancia materna. De entre los factores que en nuestro estudio se relacionan con el éxito de la lactancia materna, son de destacar: la tradición familiar de lactar, la decisión de lactar adoptada por la madre antes del parto, así como la duración de la lactancia decidida por la mujer tras el nacimiento del hijo. Hemos encontrado asociación entre una duración corta de la lactancia materna, inferior al mes, y algunos hechos, entre los que destacan: el parto por cesárea, un escaso crecimiento del pecho durante la gestación, separaciones madre-hijo superiores a una hora tras el parto y la demora por encima de la primera hora de vida en ofrecer el pecho al recién nacido. Hemos observado relación entre la instauración de lactancia artificial y los siguientes factores: la buena opinión del padre sobre la misma, la edad de las madres superior a los veintinueve años y la existencia de permisos laborales cortos tras el parto. Además de los anteriores, en nuestro estudio, hemos constatado el efecto desfavorable sobre la lactancia materna del uso de chupetes, la práctica de pausas nocturnas prolongadas en menores de tres meses, la introducción precoz de suplementos de leche artificial, el inicio temprano de la alimentación complementaria y el almacenamiento en el domicilio, previo al parto, de botes de leche para lactantes. Detectamos una baja asistencia de las embarazadas a cursos de preparación al parto. Según las actitudes que hemos observado en las mujeres de nuestro estudio resultará conveniente, al encarecerles la importancia de la lactancia natural, destacar no sólo las razones basadas en el niño, sino también los aspectos centrados en la madre, fundamentalmente los de índole no sanitaria. Dado el precoz abandono de la lactancia materna evidenciado, la promoción de la misma es prioritaria en nuestro entorno y, probablemente, en poblaciones de características similares a las del estudio. Una gran parte de las carencias detectadas en la educación sanitaria específica de las madres sobre la lactancia materna y que suponen riesgo para el abandono precoz de la misma, son abordables mediante medidas de intervención de eficacia reconocida para promoverla.

VIII. BIBLIOGRAFIA

-
- ABC.** Diario de Economía. (1988a). Madrid. Prensa Española SA. 9- 3-88.: 67.
- ABC.** Diario de Economía. (1988b). Madrid. Prensa Española SA. 11- 6-88.: 74.
- ABC.** Sociedad. (1988c). Madrid. Prensa Española SA. 11-10-88.: 49.
- ABERMAN S, KIRCHHOFF KT.** Infant-feeding practices. Mothers' decision making. (1985). J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 14: 394- 398.
- ADAM HM, STERN EK, STEIN REK.** Anticipatory guidance: a modest intervention in the nurse. (1985). Pediatrics. 76: 781-786.
- ADAMS JA, HEY DJ, HALL RT.** Incidence of hyperbilirubinemia in breast -vs. formula-fed infants. (1985). Clin Pediatr Phila. 24: 69-73.
- AGRAS W, KRAEMER HC, BERKOWITZ RI, KORNER AF, HAMMER LD.** Does a vigorous feeding style influence early development of adiposity?. (1987). J Pediatr. 110: 799-804.
- AGRAS WS, KRAEMER HC, BERKOWITZ RI, HAMMER LD.** Influence of early feeding style on adiposity at 6 years of age. (1990). J Pediatr. 116: 805-809.
- ALALUUSUA S, MYLLARNIEMI S, KALLIO M, SALMENPERA L, TAINIO VM.** Prevalence of caries and salivary levels of mutans streptococci in 5 years old children in relation to duration of breast feeding. (1990). Scand J Dent Res. 98: 193-196.
- ALEXANDER GS, ROBERTS SA.** Conducta de succión e ingesta de leche en neonatos ictericos. (1988). Early Hum Dev. 16: 73-84.
- ALMROTH SG.** Necesidades de agua de bebés alimentados a pecho en climas cálidos. (1978). Am J Clin Nutr. 31: 1154-1157.
- ALONSO M, GOMEZ S, BEDATE P.** Fundamentos de la dietética del lactante. (1980). En: Sánchez Villares S, ed. Pediatría básica. Madrid. Idepsa.: 271-283.
- ALONSO M, MIYARES A, GOMEZ E, LAZARO A, BARQUIN E, PASCUAL M.** Decisión sobre el tipo de lactancia. ¿Existe suficiente información?. (1991). An Esp Pediatr. 35 (s45): 64.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) , COMMITTEE ON NUTRITION.** Proposed changes in Food and drug Administration regulations concerning formula products and vitamin-mineral dietary supplements for infants. (1967). Pediatrics. 40: 916-922.
-

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) , COMMITTEE ON NUTRITION. Commentary on breast-feeding and infant formulas, including proposed standards for formulas. (1976). *Pediatrics*. 57: 278-285.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), NUTRITION COMMITTEE OF THE CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY AND THE COMMITTEE ON NUTRITION OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breast-feeding. (1978). *Pediatrics*. 62: 591-601.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), COMMITTEE ON NUTRITION. On the feeding of supplemental foods to infants. (1980a). *Pediatrics*. 65: 1178-1181.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), COMMITTEE ON NUTRITION. Vitamin and mineral supplement needs in normal children in the United States. (1980b). *Pediatrics*. 66: 1015-1021.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), COMMITTEE ON NUTRITION. Sodium intake on infants in the United States. (1981a). *Pediatrics*. 68: 444-445.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), COMMITTEE ON DRUGS. Breast- feeding and contraception. (1981b). *Pediatrics*. 68: 138-139.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), COMMITTEE ON NUTRITION. Nutrition and lactation. (1981c). *Pediatrics*. 68: 435-443.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Policy statement based on task force report. The promotion of breast-feeding. (1982a). *Pediatrics*. 69: 654-661.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), COMMITTEE ON DRUGS. Psychotropic drugs in pregnancy and lactation. (1982b). *Pediatrics*. 69: 241-244.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), COMMITTEE ON NUTRITION. The use of whole cow's milk in infancy. (1983a). *Pediatrics*. 72: 253- 255.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), COMMITTEE ON NUTRITION. Soy-protein formulas: Recommendations for use in infant feeding. (1983b). *Pediatrics*. 72: 359-363.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP) AND AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGIST. Guidelines for perinatal care. (1983c). Washington DC. AAP and ACOG. 172:

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), COMMITTEE ON NUTRITION. Prudent life-style for children: Dietary fat and cholesterol. (1986). *Pediatrics*. 78: 521-525.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), COMMITTEE ON NUTRITION. Follow-up or weaning formulas. (1989a). *Pediatrics*. 83: 1061.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). AAP issues statement on perinatal HIV infection. (1989b). *Am Fam Physician*. 39: 390-393.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA) COUNCIL ON SCIENTIFIC-AFFAIRS. Effects of pregnancy on work performance. (1984). *JAMA*. 251: 1995.

AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION (APHA). International health programs: Government legislation and policies support mothers and breastfeeding, improve maternal and infant substitutes. (1984) Report nº 3. APHA/IHP.

ANAND SK, SANDBORG C, ROBINSON RG, LIEBERMAN E. Neonatal hypernatremia associated with elevated sodium concentration of breast milk. (1980). *J Pediatr*. 96: 66-68.

ANDERSON GH. Human milk feeding. (1985). *Pediatr Clin North Am*. 32: 335-352.

ANDERSON JAD. Hygiene of infant-feeding utensils. Practices and standards in the house. (1970). *Brith Med J*. 2: 20-23.

ANDERSON JE, BECKER S, GUINENA AH, McCARTHY BJ. Breastfeeding effects on birth interval components: a prospective child health study in Gaza. (1986). *Stud Fam Plann*. 17: 153-160.

ANDERSON SA. History and current status of infant formulas. (1982). *Am J Clin Nutr*. 35: 381-392.

ANDO Y, SAITO K, NAKANO S, KAKIMOTO K, FURUKI K, TANIGAWA T. Bottle-feeding can prevent transmission of HTLV-I from mothers to their babies. (1989). *J Infect*. 19: 25-29.

ANDRES A, GOMEZ I, SENIN J, LOPEZ AM. Lactancia materna: Factores que influyen sobre la misma. Estudio prospectivo sobre 478 casos. (1989). *An Esp Pediatr*. 30, s36: 84.

ANONIMO. Introducción. (1988). *Destete ¿Por qué, cómo, cuándo?*. Nestlé Nutrition. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 4-5.

APELLANIZ A. Estudio de los factores socio-económicos en la lactancia materna. Influencia de un programa educativo de intervención. (1990). Tesis doctoral. Bilbao. Universidad del País Vasco.

APPENDINI M, GASTALDO E, MORESCO W, PEISINO MG, TORTA L. Emorragia da deficit di vitamina K in epoca post-neonatale. (1989). *Minerva Pediatrica*. 41: 77-83.

APPLEBAUM RM. The modern management of successful breast feeding. (1970). *Pediatr Clin North Am.* 17: 203-225.

ARANA C. Memoria del programa de atención al niño sano del EAP "Los Pedroches" (Leganés). (1987). C.S. "Los Pedroches" . Leganés. Madrid. I.N.SALUD.

ARANGO JO. Promoting breast feeding: a national perspective. (1984). *Public Health Rep.* 99: 559-565.

ARGIMON JM, JIMENEZ J. Métodos de investigación aplicados a la atención primaria de salud. (1991). Barcelona. Ediciones Doyma S.A.

ARIZCUM J, ARRABAL MC, MARISCAL E. Funciones digestivas del recién nacido y del lactante. Maduración y características. (1982). *Nutrición Clínica.* 2: 8-19.

ARQUIOLA E. Bases biológicas de la feminidad en la España Moderna (siglos XVI y XVII). (1988). *Asclepio.* XL: 297-315.

ARROBA ML, MARTIN B, MURGA ML, POLANCO I. Alimentación complementaria: cambios en la última generación 1970-1985. (1987). *An Esp Pediatr.* 27 suppl 27: 47.

ASQUITH MT, PEDROTTI PW, STEVENSON DK, SUNSHINE P. Usos clínicos, obtención y almacenamiento de leche humana. (1987). *Clin Perinatol (ed esp).* 1: 177-189.

ASSELIN BL, LAWRENCE RA. Enfermedades maternas a considerar en el tratamiento de la lactancia. (1987). *Clin Perinatol.* 1: 73-89.

AUERBACH KG, GUSS E. Maternal employment and breastfeeding. A study of 567 women's experiences. (1984). *Am J Dis Child.* 138: 958-960.

AUERBACH KG, GARTNER LM. Amamantamiento y leche humana: su relación con la ictericia del neonato. (1987). *Clin Perinatol (ed esp).* 1: 91-110.

AUERBACH KG, JACOBI AM. Postpartum depression in the breastfeeding mother. (1990). *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs.* 1: 375-384.

AURICCHIO S, FOLLO D, DE RITIS G, GIUNTA A, MARZORATI D, PRAMPOLINI L, ANSALDI N, LEVI P DALL'OLIO D, BOSSI A. Working hypothesis. Does breast feeding protect against the development of clinical symptoms of celiac disease in children?. (1983). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2: 428-433.

AVERY GB. Appendix H: Drugs. (1981). In: Avery GB ed. Neonatology. Pathophysiology and management of the newborn. 2nd ed. Philadelphia and Toronto. JB Lippincott Co.

AVOA A, FISCHER PR. The influence of perinatal instruction about breast-feeding on neonatal weight loss. (1990). Pediatrics. 86: 313-314.

AXELSSON I, BORULF S, RICHARD L, RÄIHÄ N. Protein and energy intake during weaning. I. Effects on growth. (1987a). Acta Paediatr Scand. 76: 321-327.

AXELSSON I, BORULF S, RÄIHÄ N. Protein and energy intake during weaning. II. Metabolic responses. (1987b). Acta Paediatr Scand. 76: 457-462.

AXELSSON I, BORULF S, ABILDSKOV K, HEIRD W, RÄIHÄ N. Protein and energy intake during weaning. III. Effects on plasma amino acids. (1988). Acta Paediatr Scand. 77: 42-48.

BACHILLER MR, HERNANDEZ AM^a, MARTINEZ A, GARCIA P. Prevalencia de lactancia materna en una zona urbana de Palencia. Hábitos de alimentación en los dos primeros años de vida. (1990). An Esp Pediatr. 33 (41s): 124.

BAHNA S, KELLER MA, HEINER DC. IgE and IgD in human colostrum and plasma. (1982). Pediatr Res. 16: 604

BALLABRIGA A. Nuevos aspectos de la biología de la leche materna. En: Uniasa-Edda eds. Avances en nutrición de la infancia. (1984). Granada. Uniasa-Edda. Vol 1: 5-23.

BALLABRIGA A, SCHMIDT E. Tendencias actuales de la diversificación de la alimentación infantil en los países industrializados de Europa. (1988). Destete ¿Por qué, cómo, cuándo?. Nestlé Nutrition. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 30-34.

BALLESTER A, PAJARON M, LOPEZ-SANCHEZ SOLIS M, MARTINEZ-ARTERO I, PEREZ D, ALVAREZ JA. Opiniones maternas sobre la lactancia natural. (1989a). An Esp Pediatr. 31 (suppl 39bis): 62.

BALLESTER A, LOPEZ-SANCHEZ SOLIS M, PAJARON M, MARTINEZ-ARTERO I, PEREZ D. Consumo de alcohol, tabaco y café en relación con la gestación y la lactancia. (1989b). An Esp Pediatr. 31 (suppl 39bis): 62.

BALLESTER A, LOPEZ-SANCHEZ SOLIS M, PAJARON M, MARTINEZ-ARTERO I, PEREZ D, CAMARA PALOP J. Evolución de la lactancia materna. (1989c). An Esp Pediatr. 31 (suppl 39bis): 62.

BAMISAIYE A, OYEDIRAN MA. Breast-feeding among female employees at a major health institution in Lagos, Nigeria. (1983). Soc Sci Med. 17: 1867-1871.

BANESTO. Anuario del Mercado Español. (1988). Banco Español de Crédito ed. Madrid.

BARFOOT RA, McENERY G, ERSER RS, SEAKINS JW. Diarrhoea due to breast milk: case of fucose intolerance?. (1988). Arch Dis Child. 63: 311.

BARNES LA. Infant feeding: formula, solids. (1985). Pediatr Clin North Am. 32: 355-361.

BARNES LA. Breast milk for all. (1977). N Engl J Med. : 297-299.

BARNES LA. History of infant feeding practices. (1987a). Am J Clin Nutr. 46: 168-170.

BARNES LA. Feeding of infants. (1987b). In: Behrman RE, Vaughan VC. eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 13th ed. Philadelphia. WB Saunders Company. 124.

BARNES LA. Brief history of infant nutrition and view to the future. (1991). Pediatrics. 88: 1054-1055.

BARR RG, ELIAS MF. Nursing interval and maternal responsivity: effect on early infant crying. (1988). Pediatrics. 81: 529-536.

BARR RG, KRAMER MS, PLESS IB, BOISJOLY C, LEDUC D. Feeding and temperament as determinants of early infant crying/fussing behavior. (1989). Pediatrics. 84: 514-521.

BARRON A. Apoyo social: Definición. (1990a). JANO. 38 (898): 1086-1097.

BARRON A. Perspectivas de estudio en el apoyo social. (1990b). JANO. 38 (898): 1098-1109.

BARRON SP, LANE HW, HANNAN TE, STRUEMLER B, WILLIAMS JC. Factors influencing duration of breast feeding among low-income women. (198). J Am Diet Assoc. 88: 1557-1561.

BARROS FC, VICTORA CG, VAUGHAN JP, SMITH PG. Birth weight and duration of breast-feeding: are the beneficial effects of human milk being overestimated?. (1986a). Pediatrics. 78: 656-661.

BARROS FC, VITORA CG, VAUGHAN JP. Breastfeeding and socioeconomic status in Southern Brazil. (1986b). Acta Paediatr Scand. 75: 558- 562.

BASLER DS. Principles of building a perinatal center. (1983). Clin Perinatol. 10: 9-30.

-
- BAX MC.** Encouraging breast feeding. (1975). *Lancet*. 2: 1214.
- BEAL VA.** Termination of night feeding in infancy. (1969). *J Pediatr*. 75: 690–692.
- BEATON GH.** Nutritional needs during the first year of life. (1985). *Pediatr Clin North Am*. 32: 275–287.
- BEAUDRY M, AUCOIN-LARADE L.** Who breastfeeds in New Brunswick, when and why?. (1989). *Can J Public Health*. 80: 166–172.
- BEGLEY CM.** The effect of ergometrine on breast feeding. (1990). *Midwifery*. 6: 60–72.
- BEHRMAN RE, VAUGHAN VC.** Nelson textbook of pediatrics. (1983). 12th ed. Philadelphia. WB Saunders Company.
- BEHRMAN RE.** Preventing low birthweight: a pediatric perspective. (1985). *J Pediatr*. 107: 842–854.
- BÉLEC L, BOUQUETY J-C, GEORGES AJ, SIOPATHIS MR, MARTIN PVM.** Antibodies to human immunodeficiency virus in the breast milk of healthy, seropositive women. (1990). *Pediatrics*. 85: 1022–1026.
- BELL LM, CLARK HF, OFFIT PA, HORTON SLIGHT P, ARBETER AM, PLOTKIN SA.** Actividad neutralizante específica para serotipos de rotavirus en la leche humana. (1988). *Am J Dis Child*. 142: 275–278.
- BELTRAMINIAU, HERTZIG ME.** Sleep and bedtime behavior in preschool-aged children. (1983). *Pediatrics*. 71: 153–158.
- BELTON NR.** Rickets not only the "English disease". (1986). *Acta Paediatr Scand. Suppl* 323: 68–75.
- BENAC M, DE CASTRO P, PARICIO J, SALOM A, SANTOS L.** Encuesta realizada a 549 madres de las comarcas de L'Horta (Burjassot), la Safor (Gandía) y la Marina Alta (Xavia). I. Factores socioculturales que influyen en la elección del tipo de lactancia. (1982). *An Esp Pediatr*. 17 (supl 16): 153–154.
- BENSON J.** Grasas de la leche humana y de los preparados nutritivos para lactantes. (1985). In: Lebenthal E ed. *Gastroenterología y nutrición en Pediatría*. Barcelona. Salvat Editores SA.: 526–533.
- BENTOVIM A.** Shame and other anxieties associated with breast-feeding: a system theory and psychodynamic approach. (1976). *Ciba Found Symp*. 45: 159.
- BERGER A, WINTER ST.** Attitudes and knowledge of secondary school girls concerning breast feeding. (1980). *Clin Pediatr Phil*. 19: 825–826.
-

-
- BERGER LR.** When should one discourage breast-feeding?. (1981). *Pediatrics*. 67: 300-302.
- BERGEVIN Y, DOUGHERTY C, KRAMER MS.** Do infant formula samples shorten the duration of breast-feeding?. (1983). *Lancet*. 1: 1148- 1153.
- BERGSTRANDO, HELLERS G.** Breast-feeding during infancy in patients who later develop Crohn's disease. (1983). *Scand J Gastroenterol*. 18: 903-906.
- BERLIN CM.** Fármacos y productos químicos: exposición de la madre lactante. (1989). *Pediatr Clin North Am* (ed esp). 36: 1181-1189.
- BERNAL J.** Crying during the first 10 days of life and maternal responses. (1972). *Dev Med Child Neurology*. 14: 362-372.
- BERNARD-BONNIN AC, STACHTCHENKO S, ROUSSEAU E, GIRARD G.** Pratiques hospitalieres et duree de l'allaitement maternel: meta- analyse. (1989). *Rev Epidemiol Sante Publique*. 37: 217-225.
- BERNARECK F, ERICKSON M.** Nutrición I: Leche materna y el recién nacido de pretérmino. (1989). *Pediatrika*. 9 (10): 399-418.
- BERRAONDO I, DORRONSORO M, LARRAÑAGA M, Cerdan R.** Epidemiología de la lactancia en Gipuzkoa. Prevalencia y perfil de la lactancia materna. (1987). *Osakidetza*. 5: 415-423.
- BIERING-SORENSEN F, JORGENSEN T, HILDEN J.** Sudden infant death in Copenhagenm 1956-1971. I. Infant feeding. (1978) *Acta Paediatr Scand*. 67: 129-137.
- BINDER J.** Delayed elevation of serum phenylalanine level in a breast-fed child. (1979). 63: 334-339.
- BINKIEWICZ A, ROBINSON MJ, SENIOR B.** Pseudo-Cushing syndrome caused by alcohol in breast milk. (1978). *J Pediatr*. 93: 965-967.
- BIRENBAUM E, FUCHS C, REICHMAN B.** Demographic factors influencing the initiation of breast-feeding in an Israeli urban population. (1989). *Pediatrics*. 83: 519-523.
- BLANK DM.** Relating mother's anxiety and perception to infant satiety, anxiety, and feeding behavior. (1986). *Nurs Res*. 35: 347-351.
- BLOOM K, GOLDBLOOM RB, ROBINSON SC, STEVENS FE.** Breast versus formula feeding: II. Factors affecting the continuance of breast feeding. (1982a). *Acta Paediatr Scand (suppl)* 300: 9-14.
-

BLOOM K, GOLDBLOOM RB, STEVENS FE. Breast versus formula feeding: III. Differences in infant care and health independent of socioeconomic status. (1982b). *Acta Paediatr Scand. Suppl* 300: 15-26.

BOIX J. Alimentación del lactante. (1944). 2ª ed. Valencia. Tipografía Pascual Quiles.

BOLETIN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID (BOCM). DECRETO 117/1988, de 17-11, de la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid (BOCM nº 280, de 24-11-88). (Corr.Err. por Resolución nº 91, de 2-12-88. BOCM nº 298, de 15-12-88). (1988).

BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO (BOE). REAL DECRETO 1423/1982, de 18 de Junio. Reglamentación tecnosanitaria para el abastecimiento y control de la calidad de las aguas potables de consumo público. (1982). Madrid. Jefatura del Estado. BOE nº 154.: 17780-17785.

BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO (BOE). LEY 3/1989, de 3 de marzo, por la que se amplía a dieciséis semanas el permiso por maternidad y se establecen medidas para favorecer la igualdad de trato de la mujer en el trabajo. (1989). Madrid. Jefatura del Estado. BOE nº 57. (8-3-89): 6504-6505.

BORUM PR. Carnitine. (1983). *Ann Rev Nutr.* 3: 233-259.

BOTET T, BARGUÑO JM, FIGUERAS J, JIMENEZ R. Lactancia materna en nuestro medio. (1982). *Arch Pediatr.* 33: 509-518.

BOTTORFF JL. Persistence in breastfeeding: a phenomenological investigation. (1990). *J Adv Nurs.* 15: 201-209.

BOULTON TJC. Nutrition in childhood and its relationships to early somatic growth, body fat, blood pressure and physical fitness. (1981). *Acta Paediatr Scand. Suppl* 284.

BOULTON J. La hipertensión como consecuencia del destete temprano. (1988). Destete ¿Por qué, cómo, cuándo?. Nestlé Nutrition. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 25-29.

BOUNOUS G, KONGSHAVN PA, TAVEROFF A, GOLD P. Evolutionary traits in human milk proteins. (1988). *Med Hypotheses.* 27: 133-140.

BRANT H, HOLT KS. The complete mothercare manual. (1980). Herbert Brant and Kenneth S Holt eds. Conran Octopus Ltd. (Traducción española: La madre y el niño. (1987). Barcelona. Ed Planeta).

BRASEL JA. Continuing physician education: the Health Learning Systems approach. (1987). *Am J Clin Nutr.* 46: 198-200.

BRAZELTON TB, TRONICK E, ADAMSON L, ALS H, WISE S. Early mother–infant reciprocity. (1975a). In: Parent–infant interaction. Ciba Foundation Symposium 33 (New series). Amsterdam. Elsevier Publishing Co.: 137–154.

BRAZELTON TB. Asesoramiento preventivo. (1975b). *Pediatr Clin North Am* (ed esp). 3: 537–548.

BRAZELTON TB. Behavioral competence of the newborn infant. (1981). In: Avery GB ed. Neonatology. Pathophysiology and management of the newborn. 2nd ed. Philadelphia and Toronto. JB Lippincott Co.: 322–349.

BRISTOR MW, HELFER RE, COY KB. Effects of perinatal coaching on mother–infant interaction. (1984). *Am J Dis Child*. 138: 254–257.

BRISTOR MW, WILSON AL, HELFER RE. Perinatal coaching: program development. (1985). *Clin Perinatol*. 12: 367–380.

BROCK JH. Lactoferrin in human milk: its role absorption and protection against enteric infection in the newborn infant. (1980). *Arch Dis Child*. 55: 417–421.

BROOTEN D, BROWN L, HOLLINGSWORTH A, TANIS J, BAKEWELL–SACHS S. Breast–milk jaundice. (1985). *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 14: 220–223.

BROSTROM K. La leche humana y las fórmulas infantiles: Características nutritivas e inmunológicas. (1985). In: Robert M Suskind ed. Tratado de nutrición en pediatría. Barcelona. Salvat Ed.

BROWN RE. Relactation: an overview. (1977). *Pediatrics*. 60: 116.

BROWN RE. Breastfeeding in the United States. (1988). In: Jelliffe DB, Jelliffe EFP eds. Programmes to promote breastfeeding. Oxford. Oxford University Press.: 113–126.

BUÑUEL JC, GARCIA C, ZARAGOZA G, SANVICENTE L. Evaluación de la lactancia y aspectos relacionados con la misma en un equipo de atención primaria. (1990). *An Esp Pediatr*. 33 (41s): 118–119.

BUSINCO L, MARCHETTI F, PELLEGRINI G, PERLINI R. Predictive value of cord blood IgE levels in "at-risk" newborn babies and influence of type of feeding. (1983). *Clin Allergy*. 13: 503–508.

BUTTE NF, GOLDBLUM RM, FEHL LM, LOFTIN K, SMITH EO, GARZA C, GOLDMAN AS. Daily ingestion of immunologic components in human milk during the first four months of life. (1984a). *Acta Paediatr Scand*. 73: 296–301.

BUTTE NF, GARZA C, STUFF JE, SMITH EO, NICHOLS BL. Effect of maternal diet and body composition on lactational performance. (1984b). *Am J Clin Nutr.* 39: 296–306.

BUTTE NF, GARZA C, SMITH EO, O'BRIAN E, NICHOLS BL. Human milk intake and growth in exclusively breast-fed infants. (1984c). *J Pediatr.* 104: 187–195.

BUTZ WP, HABICHT JP, DA VANZO J. Environmental factors in the relationship between breastfeeding and infant mortality: the role of sanitation and water in Malaysia. (1984). *Am J Epidemiol.* 119: 516–525.

BYERS T. Lactation and breast cancer: evidence for a negative association in premenopausal women. (1985). *Am J Epid.* 121: 664

CABANAS R, TOJO R. Alergia alimentaria en el niño. (1983). *Nutr Clin.* 3: 143–155.

CABAÑAS MJ, IZAGUIRRE C, FUERTES A, BAQUEDANO N, CRESPO MC, LOPEZ A. Control de calidad en el proceso de atención a la salud del lactante. (1990). *An Esp Pediatr.* 33: 106–112.

CABLE TA, ROTHENBERGER LA. Breast-feeding behavioral patterns among La Leche League mothers: a descriptive survey. (1984). *Pediatrics.* 73: 830–835.

CALZOLARI C, MICELI MC, SACCHETTI A, SANTETTI I, VITALI E, PANERO C, CIANCIULLI D, CARBONE C, FASULO A. Dati epidemiologici sull'allattamento al seno in Firenze e provincia. Indagine condotta su 1364 bambini nati tra il 1985 ed il 1987. (1989). *Pediatr Med Chir.* 11: 653–656.

CAMARERO C, HERNANDEZ M. Alimentación en el primer año de vida. (1985). In: M. Hernández Rodríguez ed. *Alimentación infantil.* Madrid. Ed. CEA.: 47–62.

CANOSA CA. Nutrición y factores socioculturales. (1977). *An Esp Pediatr.* 10: 413–426.

CAREY WB. "Colic"—primary excessive crying as an infant– environment interaction. (1984). *Pediatr Clin North Am.* 31: 993– 1005.

CAREY WB. Colic: Exasperating but Fascinating and Gratifying. (1989). *Pediatrics.* 84: 568–569.

CARLSON SE. Human milk nonprotein nitrogen: occurrence and possible functions. (1985). *Adv Pediatr.* 32: 43–70.

CARNE X, MORENO V, PORTA M, VELILLA E. El cálculo del número de pacientes necesario en la planificación de un estudio clínico. (1989). *Med Clin (Barc).* 92: 72–77.

-
- CASADO E.** Lactancia natural. (1975). In: Casado de Frias ed. Lecciones de Pediatría. 1ª ed. Zaragoza.: 7-19.
- CASADO E.** Lecciones de Pediatría. (1979). 2ª ed. Madrid. Vol I: 1.
- CASADO E, NOGALES A.** Lactancia materna en nuestro medio. (1982a). II Congreso Latino-Americano y XIII Panamericano de Pediatría. Lima.
- CASADO E.** Problemática de la lactancia materna en España. (1982b). MTA Pediatr. 3 (10): 429-437.
- CASADO E.** Alimentación infantil (Editorial). (1982c). Nutrición Clínica. 2: 1-7.
- CASADO E.** Lactancia natural. (1983). Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo, serie monográfica nº 7.
- CASADO E, NOGALES A.** Breast-feeding in Spain. (1989). Contrib Infus Ther. 22: 20-34.
- CASARES I, VALBUENA L, RODRIGUEZ P, BOMBIN JM, GAMARRA C, CADENAS A.** (1987). An Esp Pediatr. 27 suppl 27: 46.
- CASEY CE, NEIFERT MR, SEACAT JM, NEVILLE MC.** Nutrient intake by breast-fed infants during the first five days after birth. (1986). Am J Dis Child. 140: 933-936.
- CASQUERO J, GARCIA D, HERNANDEZ MA, ROA MA.** Lactancia materna. (1982). Pediatrka. 2: 728-737.
- CASTILLO J, OLIVAN P, LASARTE J, LALANA P, OLIVEROS T, HERRERO S, VILLANOVA M, GALBE J.** Análisis de la prevalencia de lactancia materna en una población de niños de una zona de salud tras la implantación de un programa de salud para lactantes. (1990). An Esp Pediatr. 33 (41s): 112-113.
- CAVAGNI G, PAGANELLI R, CAFFARELLI C, D'OFFIZI GP, BERTOLINI P, AIUTI F, GIOVANNELLI G.** Passage of food antigens into circulation of breast-fed infants with atopic dermatitis. (1988). Ann Alergy. 61: 361-365.
- CAVEL B.** Gastric emptying in infants fed human milk or infant formula. (1981). Acta Paediatr Scand. 70: 639-641.
- CEREZO MA, LOPEZ P.** Prevalencia y duración de la lactancia materna en Andalucía. (1986). Boletín Epidemiológico de la Junta de Andalucía. 1: 11-14.
- CERRUDO R, ORMAZABAL C, ALFONSO DC, GONZALEZ JM, DOMENECH E.** Supresión de la lactancia materna: Madres expuestas a dicho riesgo. (1987). An Esp Pediatr. 27: 11-16.
-

CHANDRA RK. Prospective studies of the effect of breast feeding on incidence of infection and allergy. (1979). *Acta Paediatr Scand.* 68: 691–694.

CHANDRA RK. Physical growth of exclusively breast-fed infants. (1982). *Nutr Res.* 2: 275–276.

CHANDRA RK, PURI S, CHEEMA PS. Predictive value of cord blood IgE in the development of atopic disease and role of breast-feeding in its prevention. (1985). *Clin Allergy.* 15: 517–522.

CHANDRA RK, PURI S, HAMED A. Influence of maternal diet during lactation and use of formula feeds on development of atopic eczema in high risk infants. (1989). *Br Med J.* 299: 228–230.

CHANG SJ. Antimicrobial proteins of maternal and cord sera and human milk in relation to maternal nutritional status. (1990). *Am J Clin Nutr.* 51: 183–187.

CHAO S. Efecto de la lactancia sobre la ovulación y la fertilidad. (1987). *Clin Perinatol (ed esp).* 1: 41–52.

CHASNOFF IJ, LEWIS DE, SQUIRES L. Intoxicación por cocaína en un lactante amamantado. (1987). *Pediatrics.* 80: 836–838.

CHEN Y, LI W, YU S. Artificial feeding and hospitalization in the first 18 months of life. (1988). *Pediatrics.* 81: 58–62.

CHESS S. Las madres son siempre el problema ¿o no lo son?. Nuevos aspectos de un viejo tema. (1983). *Pediatrics (ed esp).* 15: 106– 107.

CHRISTOPHERSEN ER. Estrategias más eficaces de educación sanitaria. (1985). *Clin Perinatol (ed esp).* 2: 393–402.

CLYNE PC, KULCZYCKIA. Human breast milk contains bovine IgG. Relationship to infant colic?. *Pediatrics.* 87: 439–444.

COBALEDA A, HIDALGO MI, PLAZA I, MUÑOZ MT, LOPEZ D, OTERO J, BAEZA J, RUIZ C, MADERO R, PARRA I, CEÑAL MJ, DOMINGUEZ J. Prevalencia de la lactancia materna y su relación con los factores de riesgo cardiovascular en la población pediátrica de Fuenlabrada. (1989). *An Esp Pediatr.* 34: 350–355.

COCHI SL, FLEMING DW, HIGHTOWER AW, LIMPALARNJANARAT K, FACKLAM RR, SMITH JD, SIKES RK, BROOME CV. Primary invasive *Haemophilus influenzae* type b disease: a population-based assessment of risk factors. (1986). *J Pediatr.* 108: 887–896.

COGSWELL JJ, MITCHELL EB, ALEXANDER J. Parental smoking, breast feeding and respiratory infection in development of allergic diseases. (1987). Arch Dis Child. 62: 338–344.

COLE SG, KAGNOFF MF. Celiac disease. (1985). Ann Rev Nutr. 5: 241–266.

COLES EC, COTTER S, VALMAN HB. Increasing prevalence of breast feeding. (1978). Br Med J. 2: 1122–1124.

COMIN J. Higiene social de la primera infancia. (1946). Valencia. Jefatura Provincial de Sanidad.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), COMMITTEE ON DRUGS. The transfer of drugs and other chemicals into human breast milk. (1983). Pediatrics. 72: 375–383.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP), COMMITTEE ON ENVIRONMENTAL HAZARDS. Involuntary smoking – A hazard to children. (1986). Pediatrics. 77: 755–757.

COMMITTEE ON NUTRITION OF THE CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY AND AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Lactancia materna. (1978). Pediatrics (ed esp). 6: 321.

COMPAINS B, ROLDAN C, ELISO J, POLO P. Lactancia mixta, una alternativa. (1987). An Esp Pediatr. 27 suppl 27: 44.

COMUNIDAD DE MADRID (CAM). Consejería de salud y bienestar social. Mapa de salud y servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid. II. Perfiles de la estructura social y demográfica de las Areas, Distritos y Zonas Básicas. (1987). Madrid. Instituto Regional de Estudios de Salud y Bienestar Social de la CAM.

COMUNIDAD DE MADRID (CAM). Consejería de Economía. La población de la Comunidad de Madrid de 1986. Resumen de características según el Padrón de Habitantes. (1988). Madrid. Comunidad de Madrid.

COMUNIDAD DE MADRID (CAM). Consejerías de Salud y de Economía. Demografía y Salud. Movimiento natural de la población. nº 7. (1989a). Madrid. Comunidad de Madrid.

COMUNIDAD DE MADRID (CAM). Departamento de Estadística. Estadísticas de población de la Comunidad de Madrid por zonas salud, según el padrón de 1986. Vol 1. (1989b). Madrid. Comunidad de Madrid.

COMUNIDAD DE MADRID (CAM). Departamento de Estadística. Estadísticas de población de la Comunidad de Madrid por zonas salud, según el padrón de 1986. Vol 2. (1989c). Madrid. Comunidad de Madrid.

COMUNIDAD DE MADRID (CAM). Departamento de Estadística. Estadísticas de población de la Comunidad de Madrid por zonas salud, según el padrón de 1986. Vol 3. (1989d). Madrid. Comunidad de Madrid.

COMUNIDAD DE MADRID (CAM). Consejerías de Salud y de Economía. Demografía y Salud. Movimiento natural de la población. nº 12. (1990). Madrid. Comunidad de Madrid.

CONDE C. Contaminantes organoclorados en leche humana. (1988). *An Esp Pediatr.* 28: 489–491.

CONDON WS, SANDER LW. Neonate movement is synchronized with adult speech: interactional participation and language acquisition. (1974). *Science.* 183: 99–101.

CONE TE. Infant feeding redux. (1990). *Pediatrics.* 86: 473.

CONNER AE. Elevados niveles de sodio y cloruro en la leche de mama mastítica. (1979). *Pediatrics.* 63: .

CONTRERAS A. Evaluación del estado de nutrición de la comunidad infantil de Fuenlabrada (Madrid). (1987). *Rev San Hig Pub.* 61: 325–330.

COOK LN. Intrauterine and extrauterine recognition and management of deviant fetal growth. (1977). *Pediatr Clin North Am.* 24: 431– 454.

COOPER DS. Antithyroid drugs: to breast-feed or not to breast- feed. (1987). *Am J Obstet Gynecol.* 157: 234–235.

COPPA GV, GABRIELLI O, GIORGI P, CATASSI C, MONTANARI MP, VARALDO PE. Preliminary study of breastfeeding and bacterial adhesion to uroepithelial cells. (1990). *Lancet.* 335: 567–571.

CORNIA GA. Factores que afectan al bienestar de la infancia: Análisis de la bibliografía reciente. (1983). En: R. Jolly ed. *Efectos de la recesión mundial sobre la infancia.* UNICEF. Ed Siglo XXI.: 35–63.

COUCE ML, CARBALLEIRA C, ANCA A, MARTINEZ I. Factores que influyen en la selección del tipo de lactancia al nacimiento. (1987). *An Esp Pediatr.* 27 suppl 27: 44.

COULTER M, COULTER S. Trastornos de la succión en lactantes on dificultades neurológica: Evaluación y facilitación del amamantamiento. (1987). *Clin Perinatol (ed esp).* 1: 111–133.

COUNTRYMAN BA, CHAILL M. La Leche League: its origin, programmes and development. (1988). In: Jelliffe DB, Jelliffe EFP eds. *Programmes to promote breastfeeding.* Oxford. Oxford University Press.: 173–179.

COVENEY J. Is breast milk the best food for all infants?. (1985). *Hum Nutr: Appl Nutr.* 39A: 179–188.

CRESPO M, LOPEZ SASTRE J, RAMOS A, OLMEDO F, RODRIGUEZ A. Alimentación del recién nacido y factores sociales. Estudio de una muestra estadísticamente significativa. (1976). Bol Soc Cast Ast Leon Pediatr. XVII: 357-365.

CRONIN TJ. Influence of lactation upon ovulation. (1968). Lancet. II: 422-424.

CROXATTO HB, DIAZ S, PERALTA O, JUEZ G, HERREROS C, CASADO ME, SALVATIERRA AM, MIRANDA P, DURAN E. Fertility regulation in nursing women: IV. Long-term influence of a low-dose combined oral contraceptive initiated at day 30 postpartum upon lactation and infant growth. (1983). Contraception. 27: 13-25.

CRUZ JR, CARLSSON VM, HOFVANDER Y, HOLME DT, HANSON LÅ. Studies of human milk, II. Concentration of antibodies against Salmonella and Shigella in milk from women from different populations and the daily intake by their breast-fed infants. (1985). Acta Paediatr Scand. 74: 338-341.

CUNNINGHAM AS. Morbidity in breast-fed and artificially fed infants I. (1977). J Pediatr. 90: 726-729.

CUNNINGHAM AS. Morbidity in breast-fed and artificially fed infants II. (1979). J Pediatr. 95: 685-689.

CURTIS DM. Infant nutrition supplementation. (1990). J Pediatr. 117: s110-s118.

CUSHING AH, ANDERSON L. Diarrhea in breast-fed and non-breast-fed infants. (1982). Pediatrics. 70: 921-925.

CZERNICHOW P, LEREBOURS B, LEREBOURS E. Comportements et opinions du personnel soignant a l'egard de l'allaitement maternal. (1986). Arch Fr Pediatr. 43: 779-784.

DAHL M, EKLUND G, SUNDELIN C. Early feeding problems in an affluent society. II. Determinants. (1986). Acta Paediatr Scand. 75: 380-387.

DAHLSTRÖM A. Nicotine and cotinine concentrations in the nursing mother and her infant. (1990). Acta Paediatr Scand. 79: 142-147.

DANIELSSON B, HWANG CP. Treatment of infantile colic with surface active substances (Simethicone). (1985). Acta Paediatr Scand. 74: 446-450.

DARGALLO JL, CASTRO M, GARCIA JM, ALVAREZ JI. Lactancia y puerperio en la provincia de Guadalajara. (1987). Clin Inves Gin Obst. 14: 9-17.

D'AGOSTINO M, RAIMBAULT A-M. El niño y su ambiente psicosocial. (1979). *L'enfant en milieu tropical* (ed esp). París. Centre International de l'enfance. N° 117-118.

DAVIDSON LA, LÖNNERDAL BO. Persistence of human proteins in the breast-fed infant. (1987). *Acta Paediatr Scand.* 76: 733-740.

DAVIES DP. Is inadequate breast-feeding an important cause of failure to thrive? (1979). *Lancet.* 2: 541-542.

DAVIS MK, SAVITZ DA, GRAUBARD BI. Infant feeding and childhood cancer. (1988). *Lancet.* 2: 365-368.

DE BERNARDI A, NOVEMBRE E, FUNIS M, TOFANI S. Spazi e tempi del Rooming-in: un'inchiesta fra le madri. (1988). *Pediatr Med Chir.* 10: 633-636.

DE CARVALHO M, HALL M, HARVEY D. Effects of water supplementation on physiological jaundice in breast-fed babies. (1981). *Arch Dis Child.* 56: 568-569.

DE CARVALHO M, KLAUS MH, MERKATZ RB. Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. (1982). *Am J Dis Child.* 136: 137-138.

DE CARVALHO M, ROBERTSON S, FRIEDMAN A, KLAUS M. Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. (1983). *Pediatrics.* 72: 307-311.

DE CARVALHO M, ROBERTSON S, KLAUS M. Fecal bilirubin excretion and serum bilirubin concentrations in breast-fed and bottle-fed infants. (1985). *J Pediatr.* 107: 786-790.

DE CASPER AJ, FIFER WP. Of human bonding: newborns prefer their mother's voices. (1980). *Science.* 208: 1174-1176.

DE CHATEAU P, WIBERG B. Longterm effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. I. First observations at 36 hours. (1977a). *Acta Paediatr Scand.* 66: 137-143.

DE CHATEAU P, WIBERG B. Longterm effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. II. A follow-up at three months. (1977b). *Acta Paediatr Scand.* 66: 145-151.

DE LA FUENTE P. Actitud ante el parto natural. (1984). *Med Clin (Barc).* 83: 65-66.

DE MIGUEL JM. Sociología de la población y control de la natalidad en España. (1980). *Revista Española de Investigaciones Sociológicas.* 10: 15-47.

DE PABLO A. Niños expósitos y medicina infantil en España a principios del siglo XIX. (1991). *Medicina e Historia*. 39: 1-15.

DE PAZ JA, HERRERA P. Alimentación complementaria del lactante. (1982). *Nutrición Clínica*. 2: 46-49.

DE SWIET M, FAYERS P, COOPER L. Effect of feeding habit on weight in infancy. (1977). *Lancet*. I: 892-894.

DE SWIET M. Blood pressure, sodium and take away food. (1982). *Arch Dis Child*. 57: 645-646.

DEL HOYO J. La mujer y la medicina en el Mundo Romano. (1987). *Asclepio*. XXXIX: 125-142.

DELPORT SD, BERGHAM, HAY IT. Breast-feeding practices in a private maternity hospital. (1988). *South Africa Med J*. 74: 396- 399.

DERSHEWITZ R. Orientación prenatal. (1985). *Clin Perinatol (ed esp)*. 2: 353-364.

DESANTIS L. Infant feeding practices of Haitian mothers in south Florida: cultural beliefs and acculturation. (1986). *Matern Child Nurs J*. 15: 77-89.

DEWEY KG, LÖNNERDAL B. Milk and nutrient intake of breast-fed infants from 1 to 6 months: relation to growth and fatness. (1983). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2: 497-506.

DEWEY KG, LÖNNERDAL B. Infant self-regulation of breast milk intake. (1986). *Acta Paediatr Scand*. 75: 893-898.

DEWEY KG, HEINIG MJ, NOMMSEN LA, LONNERDAL B. Maternal versus infant factors related to breast milk intake and residual milk volume: The DARLING study. (1991). *Pediatrics*. 87: 829-837.

DIAZ E, CASTRO B, LAZARO A. Lactancia materna e infecciones respiratorias. (1986). *Pediatría*. 10: 37-40.

DIAZ S, PERALTA O, JUEZ G, HERREROS C, CASADO ME, SALVATIERRA AM, MIRANDA P, DURAN E, CROXATTO HB. Fertility regulation in nursing women: III. Short-term influence of a low-dose combined oral contraceptive upon lactation and infant growth. (1983). *Contraception*. 27: 1-11.

DIAZ S, MIRANDA P, BRANDEIS A, CARDENAS H, CROXATTO HB. A study on the feasibility of suppressing ovarian activity following the end of postpartum amenorrhoea by increasing the frequency of suckling. (1988a). *Clin Endocrinol Oxf*. 28: 525-535.

DIAZ S, RODRIGUEZ G, PERALTA O, MIRANDA P, CASADO ME, SALVATIERRA AM, HERREROS C, BRANDEIS A, CROXATTO HB. Lactational amenorrhea and the recovery of ovulation and fertility in fully nursing Chilean women. (1988b). *Contraception*. 38: 53–67.

DIAZ S, RODRIGUEZ G, MARSHALL G, DEL PINO G, CASADO ME, MIRANDA P, SCHIAPPACASSE V, CROXATTO HB. Breastfeeding pattern and the duration of lactational amenorrhea in urban Chilean women. (1988c). *Contraception*. 38: 37–51.

DIEZ JM, ALVAREZ F, PEREZ C. Agua corriente o agua embotellada en la preparación de los biberones. (1989). *Bol Pediatr*. 30: 225– 231.

DIEZ-DELGADO J, ALVAREZ G, GALLEGO MS, MANZANO S, FERMOSEL J, MORALES JL. Alimentación durante el primer año de vida en la raza gitana. (1991). *An Esp Pediatr*. 35 (s45): 65.

DOBBING J, SANDS J. Quantitative growth and development of human brain. (1973). *Arch Dis Child*. 48: 757–767.

DOMENECH JM, RIBA MD. Introducción al modelo lineal: regresión múltiple. (1983). Documentos del laboratorio de Psicología Matemática. Barcelona. Universidad Autónoma de Barcelona.

DOS SANTOS T. El concepto de clases sociales. In: Bagu S, Castells M, Cueva A, Dos Santos T, Gutierrez E, Marini RM, Murga A, Spagnolo A. eds. *Teoría marxista de las clases sociales. Cuadernos de Teoría y Sociedad*. (1983). México D.F. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa.

DOWNHAM MAPS, SCOTT R, SIMS DG, WEBB JKG, GARDNER PS. Breast- feeding protects against respiratory syncytial virus infections. (1976). *Br Med J*. ii: 274–276.

DRIJVER M, DUIJKERS TJ, KROMHOUT D, VISSER TJ, MULDER P, LOUW R. Determinants of polychlorinated biphenyls (PCBs) in human milk. (1988). *Acta Paediatr Scand*. 77: 30–36.

DUGDALE AE. Evolution and infant feeding. (1986). *The Lancet*. I: 670–673.

DUNCAN B. Reduced growth velocity in exclusively breast-fed infants. (1984). *Am J Dis Child*. 138: 309

DUNKLE ML, SCHMIDT RR, O'CONNOR MD. Neonatal herpes simplex infection possibly acquired via maternal breast milk. (1979). *Pediatrics*. 63: 250

DURAN J. Estudio de la población infantil en un área de la zona norte de las Hurdes. (1986). Tesina de licenciatura. Universidad Complutense. Madrid.

DUSDIEKER LB, BOOTH BM, STUMBO PJ, EICHENBERGER JM. Effect of supplemental fluids on human milk production. (1985). *J Pediatr.* 106: 207–211.

DUSDIEKER LB, STUMBO PJ, BOOTH BM, WILMOTH RN. Prolonged maternal fluid supplementation in breast-feeding. (1990). *Pediatrics.* 86: 737–740.

DWORSKY M, YOW M, STAGNO S, PASS RF, ALFORD C. Cytomegalovirus infection of breast milk and transmission in infancy. (1983). *Pediatrics.* 72: 295–299.

EASTHMAN EJ, LICHAUCO T, GRADY MI. Antigenicity of infant formulas: Role of immature intestine on protein permeability. (1978). *J Pediatr.* 93: 561–564.

EATON-EVANS J, DUGDALES AE. Effects of feeding and social factors on diarrhoea and vomiting in infants. (1987). *Arch Dis Child.* 62: 445–448.

EKWO EE, DUSDIEKER LB, BOOTH BM. Factors influencing initiation of breast-feeding. (1983). *Am J Dis Child.* 137: 375–377.

EKWO EE, DUSDIEKER LB, BOOTH BM, SEALS BF. Psychosocial factors influencing the duration of breastfeeding by primigravidas. (1984). *Acta Paediatr Scand.* 73: 241–247.

ELANDER G, LINDBERG T. Short mother–infant separation during the first week of life influences the duration of breastfeeding. (1984). *Acta Paediatr Scand.* 73: 237–240.

ELANDER G, LINDBERG T. Hospital routines in infants with hyperbilirubinemia influence the duration of breastfeeding. (1986). *Acta Paediatr Scand.* 75: 708–712.

ELEANOR MP, HIMES JM, ROCHE AF. Milk intakes and feeding patterns of breast-feeding. (1980). *J Am Diet Assoc.* 77: 540–545.

ELLIS DJ, HEWAT RJ. Mothers' postpartum perceptions of spousal relationships. (1985). *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 14: 140–146.

EMERY JL, SCHOLEY S, TAYLOR EM. Decline in breast-feeding. (1990). *Arch Dis Child.* 65: 369–372.

ENTWISLE DR, DOERING SG, REILLY TW. Sociopsychological determinants of women's breast-feeding behavior: a replication and extension. (1982). *Am J Orthopsychiat.* 52: 244–260.

ERBERSDOBLER HF, TRAUTWEIN E, GREULICH HG. Determinations of taurine in milk and infant formula diets. (1984). *Eur J Pediatr.* 142: 133–134.

ERICE B, ELCARTE R, GARCIA C, ALDANA F, OLIVERA JE, CONDE C. Pesticidas en la leche humana. (1986). *An Esp Pediatr.* 25 (suppl 26): 63–64.

ERNST JA, WYNN RJ, SCHREINER RL. Starvation with hypernatremic dehydration in two breast-fed infants. (1981). *J Am Diet Assoc.* 79: 126–130.

ESPARRAGUERA T, SANTOS A. Lactancia materna: estudio de comportamiento de una zona básica de salud. (1991). *An Esp Pediatr.* 35 (s45): 136–137.

ESTERIK PV, LATHAM MC. The insufficient milk syndrome. Replies to Gussler and Briesemeister. (1981). *Medical Anthropology.* 5: 253– 254.

ESTEVEZ MD, PEREZ MJ, CANSINO A. Influencia del entorno socioeconómico del niño en la valoración del programa del lactante. (1990). *An Esp Pediatr.* 33 (41s): 115.

EUROPEAN SOCIETY FOR PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY AND NUTRITION. (ESPGAN). COMMITTEE ON NUTRITION. Guidelines on infant nutrition I. Recommendations for the composition of an adapted formula. (1977). *Acta Paediatr Scand. suppl* 262: 1–19.

EUROPEAN SOCIETY FOR PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY AND NUTRITION. (ESPGAN). COMMITTEE ON NUTRITION. Guidelines on infant nutrition II. Recommendations for the composition of Follow-up formula and Beikost. (1981). *Acta Paediatr Scand. suppl* 287: 1–25.

EUROPEAN SOCIETY FOR PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY AND NUTRITION. (ESPGAN). COMMITTEE ON NUTRITION. Guidelines on infant nutrition III. Recommendations for infant nutrition. (1982). *Acta Paediatr Scand. suppl* 302: 1–27.

EUROPEAN SOCIETY FOR PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY AND NUTRITION. (ESPGAN). COMMITTEE ON NUTRITION. Comment on the composition of cow's milk based follow-up formulas. (1990). *Acta Paediatr Scand.* 79: 250–254.

EVANS RW, FERGUSON DM, ALLARDYCE RA. Maternal diet and infantile colic in breast-fed infants. (1981). *Lancet.* 1: 1340– 1342.

EVANS CJ. Growth and milk intake of normal infants. (1978). *Arch Dis Child.* 53: 749–760.

EVANS CJ, LYONS NB, KILLIEN MG. The effect of infant formula samples on breastfeeding practice. (1986). *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 15: 401–405.

FAHEY PJ, BOLTRI JM, MONK JS. Key issues in nutrition: from conception through infancy. (1987). *Postgrad Med.* 81: 301–305.

FALLOT ME, BOYD III JL, OSKI FA. La lactancia materna disminuye la incidencia de ingresos hospitalarios por infección en los lactantes. (1980). *Pediatrics (ed esp).* 9: 439–442.

FANAROFF AA, MERKATZ IR. Tratamiento obstétrico moderno del neonato con bajo peso al nacer. (1977). *Clin Perinatol (ed esp).* 2: 215–237.

FAO/WHO. Energy and protein requirements. (1973). WHO technical report series nº 522. Geneva.

FEACHEN RG, KOBLINSKY MA. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: Promotion of breast-feeding. (1984). *Bull WHO.* 62: 271–291.

FEINSTEIN JM, BERKELHAMER JE, GRUZSKA ME, WONG CA, CAREY AE. Factors related to early termination of breast-feeding in an urban population. (1986). *Pediatrics.* 78: 210–215.

FERGUSON A, STROBEL S. Efectos potenciales del destete sobre la inmunidad intestinal. (1988). *Destete ¿Por qué, cómo, cuándo?*. Nestlé Nutrition. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 20–24.

FERGUSON DM, BEAUTRAIS AL, SILVA PA. Breast feeding and cognitive development in the first seven years of life. (1982). *Soc Sci Med.* 16: 1705–1708.

FERGUSON DM, HORWOOD LJ, SHANNON FT. Asthma and infant diet. (1983). *Arch Dis Child.* 58: 48–51.

FERGUSON DM, HORWOOD LJ, SHANNON FT. Breastfeeding and subsequent social adjustment in six- to eight-year-old children. (1987). *J Child Psychol Psychiatry.* 28: 379–386.

FERNANDEZ JJ, FERNANDEZ-TEJEIRO A. Consultas perinatales y consultas maternas. (1986a). *Bol Soc Cast Ast Leon Pediatr.* 27: 139–143.

FERNANDEZ JJ. Los métodos de crianza. Análisis de su evolución y contenido histórico. (1986b). *Bol Soc Cast Ast Leon Pediatr.* 27: 211–223.

FERNANDEZ-LLEBREZ J, PALOMARES MI. Estudio de la lactancia materna en nuestra consulta. (1990). *An Esp Pediatr.* 33 (s.43bis): 165.

FERRAN F, CASELLAS Y. Las encuestas de alimentación y nutrición en España. (1984). *Rev San Hig Pub.* 58: 1117–1132.

FERRER B, VALVERDE L. Educación sanitaria y lactancia materna. (1987). *Acta Pediatr Esp.* 45: 389-395.

FERRIS AM, McCABE LT, ALLEN LH, PELTO GH. Biological and sociocultural determinants of successful lactation among women in eastern Connecticut. (1987). *J Am Diet Assoc.* 87: 316-321.

FILER LJ. Maternal nutrition in lactation. (1975). *Clin Perinatol.* 2: 353-360.

FINBERG L. The weaning process. (1985). *Pediatrics.* 75(supl): 214-215.

FLEMING DW, COCHI SL, HIGHTOWER AW, BROOME CV. Infecciones respiratorias superiores en la infancia: ¿Hasta que punto se ve afectada su incidencia por la asistencia a guarderías?. (1987). *Pediatrics (ed esp).* 23: 13-18.

FLORACK E, OBERMANN-DE BOER G, VAN KAMPEN-DONKER M, VAN WINGER J, KROMHOUT D. Breast-feeding, bottle-feeding and related factors. The Leiden pre-school children study. (1984). *Acta Paediatr Scand.* 73: 789-795.

FLOREZ JA, VILLAVERDE A, FERNANDEZ M. Desequilibrios psíquicos en el embarazo. (1988). *El Médico.* 295: 56-62.

FOMON SJ. *Infant Nutrition.* (1974). 2nd ed. Philadelphia, London, Toronto. WB Saunders Co.

FOMON SJ. Historia reciente y tendencias actuales. (1976). In: SJ Fomon eds. *Nutrición infantil.* 2ªed (esp). México. Ed. Interamericana.: 1-18.

FOMON SJ, FILER LJ, ANDERSON TA, ZIEGLER EE. Recommendations for feeding normal infants. (1979). *Pediatrics.* 63: 52-59.

FOMON SJ, ZIEGLER EE, NELSON SE, EDWARDS BB. Cow's milk feeding in infancy: Gastrointestinal blood loss and iron nutritional status. (1981). *J Pediatr.* 98: 540-545.

FOMON SJ, ROGERS RR, ZIEGLER EE, NELSON SE, THOMAS LN. Indices of fatness and serum cholesterol at age eight years in relation to feeding and growth during early infancy. (1984). *Pediatr Res.* 18: 1233-1238.

FOMON SJ. Breast-feeding and evolution. (1986). *J Am Diet Assoc.* 86: 317-318.

FOMON SJ. Reflections on infant feeding in the 1970s and 1980s. (1987). *Am J Clin Nutr.* 46: 171-182.

FONTANA M, BIANCHI C, CATALDO F, CONTI NIBALI S, CUCCHIARA S, GOBIO CASALI L, IACONO G, SANFILIPPO M, TORRE G. Frecuencia fecal en niños sanos. (1989). *Acta Paediatr Scand.* 78: 682-684.

FORBES D. Delayed presentation of haemorrhagic disease of the newborn. (1983). *Med J Aust.* 6: 136-138.

FORMAN MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. Task force on infant feeding practices. (1984a). *Pediatrics.* 74: 667-694.

FORMAN MR, GRAUBARD BI, HOFFMAN HT. The Pima infant feeding study: Breast feeding and gastroenteritis in the first year of life. (1984b). *Am J Epidemiol.* 119: 335-349.

FORMAN MR, FETTERLY K, GRAUBARD BI, WOOTON KG. Exclusive breast-feeding of newborns among married women in the United States: the national natality surveys of 1969 and 1980. (1985). *Am J Clin Nutr.* 42: 864-869.

FORSYTH BWC, LEVENTAL JM, MCCARTHY PL. Mothers' perceptions of problems of feeding and crying behaviors. A prospective study. (1985). *Am J Dis Child.* 139: 269-272.

FRAGA JM, IGLESIAS A, FERNANDEZ JR, BRAVO M, LOPEZ A, PEÑA J. Lactancia natural y artificial. Incidencias. (1981). *An Esp Pediatr.* 15: 313-314.

FRANCE GL, MARMER DJ, STEELE RW. Breast-feeding and Salmonella infection. (1980). *Am J Dis Child.* 134: 147-152.

FRANK AL, TABER LH, GLEZEN WP, KAZEL GL, WELLS CR, PAREDES A. Breast-feeding and respiratory virus infection. (1982). *Pediatrics.* 70: 239-245.

FRANK DA, WIRTZ SJ, SORENSON JR, HEEREN T. Commercial discharge packs and breastfeeding counseling: effects on infant-feeding practices in a randomized trial. (1987). *Pediatrics.* 80: 845-854.

FREDERICK IB, AUERBACH KG. Maternal-infant separation and breast-feeding. The return to work or school. (1985). *J Reprod Med.* 30: 523-526.

FRISCHKENECHT W. La eclosión de la personalidad de la madre por la lactancia al seno. (1978). *Anales Nestlé. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.* 48 (Lactancia materna): 102-110.

FUCHS F. Prevention of premature birth. (1980). *Clin Perinatol.* 7: 3.

FUERTES A, EL-MUSA M, PEREZ JM. Alimentación y crecimiento durante el primer año de vida. (1990). *An Esp Pediatr.* 32: 427– 430.

GALLEGO LF. Anorexia en la infancia. (1986). Tesina de licenciatura. Universidad Complutense. Madrid.

GARCIA A, PAREDES C, CODOÑER P, IRANZO A, DE MIGUEL A. Reflexiones acerca de la alimentación infantil: Desde la lactancia hasta el beikost. (1980). Premio Nestlé Nutrición Infantil. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 47–75.

GARCIA C, LOPEZ M^R, BONET C, MUÑOZ M^T, MUÑOZ A, LOPEZ M, ALAEZ M. Aspectos sociosanitarios y salud de la población infantil preescolar. (1990). *An Esp Pediatr.* 33: 555–562.

GARCIA LA, RAMADA A, GARCIA-AGUNDEZ JM. Influencia de los diferentes tipos de lactancia en la morbilidad durante el primer año de vida. (1989). *An Esp Pediatr.* 30: 483–487.

GARIN AL, RONCAL S. Alimentación en niños menores de 2 años. Zona básica Cintruénigo-Fitero (Area V Navarra). (1991). *An Esp Pediatr.* 35 (s45): 136.

GARTNER LM, ARIAS IM. Studies of prolonged neonatal jaundice in the breast-fed infant. (1966). *J Pediatr.* 68: 54–66.

GARZA C, SCHANLER RJ, BUTTE NF, MOTIL KJ. Propiedades especiales de la leche humana. (1987). *Clin Perinatol.* 1: 11–34.

GAULL GE, RASSIN DK. Taurine in development and nutrition. (1979). *Ciba Found Symp.* 72: 271–288.

GAULL GE. taurine in the nutrition of the human infant. (1982). *Acta Paediatr Scand. Suppl* 296: 38–40.

GAULL GE. Taurine in human growth modulator or conditionally essential amino acid. (1983). *J Pediatr Gastroent Nutr.* 2 suppl 1: 266–271.

GAULL GE, WRIGHT CE, ISAACS CE. Significance of growth modulators in human milk. (1985). *Pediatrics.* 75: 142–145.

GAULL GE. Taurine in pediatric nutrition: review and update. (1989). *Pediatrics.* 83: 433–442.

GAUTIER E. Mecanismes intégrés de protection du nouveau-né. (1976). *Helv Paed Acta.* 31: 195.

GEORGE DE, LEBHENTHALE. La leche humana en comparación con la bovina. (1985). In: *Gastroenterología y nutrición en Pediatría.* Lebhenthal E ed. Barcelona. Salvat Editores SA. pg 277–303.

GIELEN AC, FADEN RR, O'CAMPO P, BROWN CH, PAIGE DM. Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breastfeeding. (1991). *Pediatrics*. 87: 298–305.

GIL A, MINGORANCE MD, LOPEZ J, SUAREZ MD, MARTINEZ A. Elementos minerales de la leche materna en España: Influencia del status socioeconómico familiar. En: Uniasa–Edda eds. *Avances en nutrición de la infancia*. (1987). Madrid. Jarpyo Editores SA. Vol 2: 109–128.

GIL JM, MURIEL R, NIETO I, RAMOS JM. Programa de educación para la salud infantil en el medio familiar y social. (1986). Premios Ordesa 1986 a la investigación pediátrica. Barcelona. Ordesa SA.: 247–305.

GILLIN FD, REINER DS. Human milk destroy intestinal protozoal parasites. (1983). *Science*. 221: 1290–1292.

GILLIN FD, REINER DS, GAULT MJ. Cholate–dependent killing of *Giardia lamblia* by human milk. (1985). *Infect Immunol*. 47: 619– 622.

GILMORE HE, ROWLAND TW. Critical malnutrition in breast–fed infants. (1978). *Am J Dis Child*. 132: 885–887.

GLASS RI, SVENNERHOLMAM, STOLL BJ, KHAN MR, BELAYET KM, IMDADULM, HOLMGREN J. Protection against cholera in breast–fed children by antibodies in breast milk. (1983). *N Engl J Med*. 308: 1389–1392.

GLASS RI, STOLL BJ, WYATT RG, HOSHINO Y, BANU H, ZAPIKIAN AZ. Observations questioning a protective role for breast–feeding in severe rotavirus diarrhea. (1986). *Acta Paediatr Scand*. 75: 713– 718.

GLUECK CJ, TSANG R, BALISTERI W, FALLAT R. Plasma and dietary cholesterol in infancy. Effects of early low or moderate dietary cholesterol intake on subsequent response to increased dietary cholesterol. (1972). *Metabolism*. 21: 1181–1192.

GOEL KM, HOUSE F, SHANKS RA. Infant feeding practices among immigrants in Glasgow. (1978). *Br Med J*. II: 1181–1183.

GOIRIENA FJ, GOMEZ F, SANTAMARIA J, GORRITXO B, BARRANQUERO M. Estudio epidemiológico descriptivo de parámetros personales en relación a la cronología de la dentición. (1989). *Av Odontoestomatol*. 5: 537–540.

GOLDBERG NM, ADAMS E. Supplementary water for breast–fed babies in a hot and dry climate – not really a necessity. (1983). *Arch Dis Child*. 58: 73–74.

GOLDMAN AS, GARZA C, NICHOLS BL, GOLDBLUM RM. Immunologic factors in human milk during the first year of lactation. (1982). *J Pediatr.* 100: 563–567.

GOLDMAN AS, GOLDBLUM RM, GARZA C. Immunologic components in human milk during the second year of lactation. (1983a). *Acta Paediatr Scand.* 72: 461–462.

GOLDMAN AS, GOLDBLUM RM, GARZA C, NICHOLS BL, O'BRIAN E. Immunologic components in human milk during gradual weaning. (1983b). *Acta Paediatr Scand.* 72: 133–134.

GOLDMAN AS, THORPE LW, GOLDBLUM RM, HANSON LA. Anti-inflammatory properties of human milk. (1986a). *Acta Paediatr Scand.* 75: 689– 695.

GOLDMAN AS. Immunologic system in human milk. (1986b). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 5: 343–345.

GOMEZ E, LAZARO A, ALONSO M, MIYARES A, BARRENA T. Influencia de la actuación del personal sanitario en el inicio y duración de la lactancia materna. (1991). *An Esp Pediatr.* 35 (s45): 60–61.

GONZALEZ B. Acontecimientos vitales y salud mental: Definición y contenido. (1987a). *JANO.* 32: 395–399.

GONZALEZ B. Acontecimientos vitales y salud mental: Metodología, resultados y crítica. (1987b). *JANO.* 32: 401–413.

GONZALEZ B. Factores psicosociales y actitudes ante la enfermedad (I). (1988a). *JANO.* 34: 305–306.

GONZALEZ B. La conducta de enfermar. (1988b). *JANO.* 34: 313–316.

GONZALEZ B. Influencias socioculturales en las pautas de enfermar. (1988c). *JANO.* 34: 319–321.

GONZALEZ D, PERDOMO M, TEJEDOR V, CABELLO C, PALAU M. Causas de abandono o no utilización de la lactancia materna en diferentes Areas de Madrid. (1990). *An Esp Pediatr.* 33 (s.43bis): 166.

GONZALEZ FJ, GOLLONET ML, SIFRE R, MONTON JL, DE LA CRUZ P. Instauración y duración de la lactancia al pecho en Fuenlabrada (Madrid) en los años 80. (1989a). *An Esp Pediatr.* 30, s36: 85.

GONZALEZ FJ, GOLLONET ML, SIFRE R, CHAMORRO MI, ALVAREZ G, CRUZ P, LASO P, GONZALEZ E. Demora en la primera visita al pediatra tras el parto. (1989b). *Pediatrica.* 9: 154.

GONZALEZ FJ, GARIN A, ZABALEGUI A, CHUECA P, DEL REAL C, SANCHEZ F, SANZ L. Eliminación renal de minerales y otros elementos en lactantes. (1990a). *An Esp Pediatr.* 33 (s.43bis): 211.

GONZALEZ FJ, CHUECA MP, ZABALEGUI MA. Importancia nutricional de los minerales y otros elementos en un área de salud. Estudio simultáneo de las aguas y de los valores hemáticos y urinarios en lactantes. (1990b). Premios Ordesa 1990 a la investigación pediátrica. Barcelona. Ordesa SA.: 233-287.

GONZALEZ J. Estudio comparativo de la composición de fórmulas adaptadas y fórmulas lácteas especiales para alimentación infantil disponibles en el mercado español en marzo de 1985. (1985). *Pediatrka*. 5: 250-255.

GONZALEZ J, GUERRERO J. Controversias en el manejo de la lactancia materna. (1989). *An Esp Pediatr*. 30 (4): 309-312.

GONZALEZ MI. Alimentación del niño sano en el primer año de vida. (1989). En: MT Muñoz, MI Hidalgo, LA Rubio, J Clemente, eds. *Pediatría extrahospitalaria. Manual de diagnóstico y tratamiento*. Madrid. Ediciones Diaz de Santos SA.: 25-40.

GOTUB S. The decision to breastfeed: Personality and experimental influences. (1978). *Psychology*. 15: 17-27.

GOURLEY GR, AREND RA. Beta-glucuronidase and hyperbilirubinaemia in breast-fed and formula fed babies. (1986). *Lancet*. 1: 644-646.

GRADY E. Breastfeeding the baby with a cleft of the soft palate. (1977). *Clin Pediatr*. 16: 978

GRAY-DONALD K, KRAMER MS, MUNDAY S, LEDUC DG. Effect of formula supplementation in the hospital on duration of breast feeding. A controlled clinical trial. (1985). *Pediatrics*. 75: 514-518.

GRAY RH, CAMPBELL OM, APELO R, ESLAMI SS, ZACUR H, RAMOS RM, GEHRET JC, LABBOK MH. Risk of ovulation during lactation. (1990). *Lancet*. 335: 25-29.

GRECO L, MAYER M, GRIMALDI M, FOLLO D, DE RITIS G, AURICCHIO S. The effect of early feeding on the onset of symptoms in celiac disease. (1985). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 4: 52-55.

GRECO L, AURICCHIO S, MAYER M, GRIMALDI M. Case control study on nutritional risk factors in celiac disease. (1988). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 7: 395-399.

GREINER T, ESTERIK PV, LATHAM MC. The insufficient milk syndrome: An alternative explanation. (1981). *Medical Anthropology*. 5: 233- 247.

GROSS SJ, BUCKLEY RH, WAKIL SS, McALLISTER DC, DAVID RJ, FAIX RG. Elevated IgA concentration in milk produced by mothers delivered of preterm infants. (1981). *J Pediatr*. 99: 389-393.

GROSSMAN LK, FITZSIMMONS SM, LARSEN-ALEXANDER JB, SACHS L, HARTER C. The infant feeding decision in low and upper income women. (1990). *Clin Pediatr Phila.* 29: 30-37.

GRUSKAY FL. Comparison of breast, cow, and soy feeding in the prevention of onset of allergic disease. (1982). *Clin Pediatr Phila.* 21: 486-491.

GUPTA AP, GUPTA PK. Metoclopramide as a lactagogue. (1985). *Clin Pediatr Phila.* 24: 269-272.

GUSHURST CA, MUELLER JA, GREEN JA, SEDOR F. Breast milk iodide: reassessment in the 1980s. (1984). *Pediatrics.* 73: 354-357.

GUSSLER JD, BRIESEMEISTER LH. The insufficient milk syndrome: A biocultural explanation. (1980). *Medical Anthropology.* 4: 145- 174.

GUTHRIE HA, PICCIANO MF, SHEEHE D. Fatty acid patterns of human milk. (1977). *J Pediatr.* 90: 39-40.

GUTIERREZ M, CAO I. Intervención del médico y ATS en la promoción de la lactancia materna. (1988). *Bol Pediatr.* 29: 167-171.

GUTIERREZ MA, DE PRADO JC, QUESADA M, DELGADO MJ, OTERO A. Prácticas actuales en la introducción de alimentos. Encuesta sobre 100 lactantes de una población urbana. (1985). *Atención Primaria.* 2: 133-138.

HABICHT JP, DA VANZO J, BUTZ WP. Does breastfeeding really save lives, or are apparent benefits due to biases?. (1986). *Am J Epidemiol.* 123: 279-290.

HAGMAN U, BRUCE Å, PERSSON L-Å, SAMUELSON G, SJÖLIN S. Food habits and nutrient intake in childhood in relation to health and socio-economic conditions. A Swedish multicentre study 1980-81. (1986). *Acta Paediatr Scand. Suppl* 328.

HAHN P. Obesity and atherosclerosis as consequences of early weaning. (1987). In: Ballabriga A, Rey J eds. *Weaning, why, what and when?*. Nestle Nutrition Workshop Series. New York. Nestle Nutrition Vevey/ Raven Press. vol 10: 93-113.

HALES DJ, LOZOFF B, SOSA R, KENNELL JH. Defining the limits of the maternal sensitive period. (1977). *Dev Med Child Neurol.* 19: 454-461.

HALL B. Changing composition of human milk and early development of appetite control. (1975). *Lancet.* 2: 779

HALLY MR, BOND J, CRAWLEY J, GREGSON B, PHILIPS P, RUSELL I. Factors influencing the feeding of the first-born infants. (1984). *Acta Paediatr Scand.* 73: 33-39.

HAMBRAEUS L. Proprietary milk versus human breast milk in infant feeding. A critical appraisal from the nutritional point of view. (1977). *Pediatr Clin North Am.* 24: 17-36.

HAMOSH M. Lingual and breast milk lipases. (1982). *Adv Pediatr.* 29: 33-67.

HANLEY JA. Utilizaciones adecuadas del análisis multivariante. (1989). In: Porta M, Alvarez-Dardet C. eds. *Revisiones en salud pública.* Barcelona. Massón S.A. 1: 45-74.

HANSON LA, AHKSTEDTS A, CARLSSON B. New knowledge in human milk immunoglobulins. (1978). *Acta Paediatr Scand.* 67: 577-580.

HANSON LA, HOFVANDER Y, LINDQUIST B, ZETTERSTRÖM R. Breast-feeding and its promotion. (1983). *Acta Paediatr Scand.* 72: 801- 803.

HANSON LA, HOFVANDER Y, LINDQUIST B, ZETTERSTRÖM R. Breast-feeding as a protection against gastroenteritis and other infections. (1985). *Acta Paediatr Scand.* 74: 641-642.

HARRELL BB. Lactation and menstruation in cultural perspective. (1981). *Am Anthropol.* 8: 396-823.

HAUBEN DJ, MAHLER D. A simple method for the correction of the inverted nipple. (1983). *Plast Reconstr Surg.* 71: 556-559.

HEYMANN SJ. Modeling of the impact of breast-feeding by HIV- infected women on child survival. (1990). *Am J Public Health.* 80: 1305-1309.

HEIRD WC, SCHWARZ SM, HANSEN IH. Colostrum-induced enteric mucosal growth in beagle puppies. (1984). *Pediatr Res.* 18: 512- 515.

HEITLINGER LA. Enzymes in mother's milk and their physiological role in digestion. (1983). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2 (suppl.): 113-119.

HELPER RE, WILSON AL. Promoting a positive beginning through perinatal coaching. (1982). *Pediatr Clin North Am.* 29: 249-260.

HELSING E, KING FS. Breast-feeding in practice: a manual for health workers. (1982). Oxford. Oxford University Press.

HELSING E, KJAERNES U. A silent revolution – Changes in maternity ward routines with regard to infant feeding in Norway 1973–1982. (1985). *Acta Paediatr Scand.* 74: 332–337.

HELSING E. Ammehjelpen, Norway: small is beautiful. (1988). In: Jelliffe DB, Jelliffe EFP eds. *Programmes to promote breastfeeding.* Oxford. Oxford University Press.: 189–194.

HENDRICKSE RG. Socio-economic and psychological factors in breast feeding motivation. (1976). *Bulletin of the Int Ped Assoc.* 6: 37– 42.

HENNENBORN WJ, COGAN R. The effect of husband participation in reported pain and the probability of medication during labor and birth. (1975). *Journal of Psychosomatic Research.* 19: 215–222.

HERBST JJ. Development of suck and swallow. (1983). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2 (suppl.): 131–135.

HERNANDEZ M. Alimentación del lactante. (1987). En: M Hernández ed. *Pediatría.* Madrid. Ediciones Díaz de Santos SA.: 325–340.

HERNANDEZ M, CASTELLET J, NARVAIZA JL, RINCON JM, RUIZ I, SANCHEZ E, SOBRADILLO B, ZURIMENDI A. Curvas y Tablas de Crecimiento. (1988). 2ªed. M. Hernández, Fundación F. Orbegozo eds. Madrid. Ed Garsi.

HERRERA M. El papel del pediatra en la promoción de la lactancia materna. Planificación en la asistencia primaria. (1986). *An Esp Pediatr.* 25 (suppl 26): 63.

HERTRAMPF E, CAYAZZO M, PIZARRO F, STEKEL A. Bioavailability of iron in soy-based formula and its effect on iron nutriture in infancy. (1986). *Pediatrics.* 78: 640–645.

HEWSON P, OBERKLAID F, MENAHEM S. Cólico del lactante, angustia y llanto. (1987). *Clin Pediatr.* 26: 69–75.

HIDE DW, GUYER BM. Clinical manifestations of allergy related to breast and cow's milk feeding. (1981). *Arch Dis Child.* 56: 172.

HIDE DW, GUYER BM. Manifestaciones clínicas de alergia en relación con la lactancia materna y artificial. Informe final. (1985). *Pediatrics (ed esp).* 20: 422–424.

HILDEBRANDT R, GUNDERT-REMY U. Lack of pharmacological active saliva levels of caffeine in breast-fed infants. (1983). *Pediatr Pharmacol New York.* 3: 237–244.

HILL AB. A short textbook of medical statistics (1977). London. Hodder and Stoughton.: 27.

HITCHCOCK NE, GRACEY M, GILMOUR AI. The growth of breast fed and artificially fed infants from birth to one year. (1985). *Acta Paediatr Scand.* 74: 240–245.

HOFFMANS MD, OBERMANN-DE BOER G, FLORACK E. Energy, nutrient and food intake during infancy and early childhood: the Leiden preschool children study. (1986). *Hum Nutr Appl Nutr.* 40A: 421–430.

HOFFMANN LW. Changes in family roles, socialization, and sex differences. (1977). *American Psychologist.* 32: 644–658.

HOFVANDER Y, SJOLIN S. Breast feeding: trends and recent information activities in Sweden. (1979). *Acta Paediatr Scand. suppl* 275: 122–125.

HOFVANDER Y, HAGMAN U, HILLERVIK C, SJÖLIN S. Cantidad de leche consumida por lactantes de 1 a 3 meses alimentados con leche materna o con biberón. (1982). *Acta Paediatr Scand.* 71: 953–958.

HOLMES GE, HASSANEIN KM, MILLER HC. Factors associated with infections among breast-fed babies and babies fed proprietary milks. (1983). *Pediatrics.* 72: 300–306.

HOLTZMAN NA. Hyperlipidemia screening and Semmelweis re- revisited. (1980). *Pediatrics.* 66: 838–839.

HORST CH, OBERMANN DE, BOER GL, KROMHOUT D. Tipo de lactancia e ingesta de nutrientes durante la lactancia. (1987). *Acta Paediatr Scand. (ed esp).* 4: 945–951.

HOSPITAL SEVERO OCHOA. Informe anual del Servicio de Admisión y Documentación clínica de 1988. (1989). INSALUD. Leganés (Madrid).

HOUSTON MJ. Breast feeding: success or failure. (1981). *J Adv Nurs.* 6: 447.

HOUSTON MJ, HOWIE PW, SMART L, McARDLE T, McNEILLY AS. Factors affecting the duration of breast feeding: 2. Early feeding practices and social class. (1983). *Early Hum Dev.* 8: 49–54.

HOWIE PW, HOUSTON MJ, COOK A, SMART L, McARDLE T, McNEILLY AS. ¿Cuánto debe durar cada episodio de amamantamiento?. (1981). *Early Hum Dev.* 5: 71–77.

HOWIE PW, FORSYTH JS, OGSTON SA, CLARK A, FLOREY CD. Protective effect of breast feeding against infection. (1990). *BMJ.* 300: 11–16.

HUFFMAN SL. Determinants of breastfeeding in developing countries: overview and policy implications. (1984). *Stud Fam Plann.* 15: 170–183.

HUNZIKER UA, BARR RG. Increased carrying reduces infant crying: A randomized controlled trial. (1986). *Pediatrics*. 77: 641-648.

IBARRA A, RIQUELME M, GIJON P, AGUADO M, GONZALEZ L, OLMOS O. Lactancia materna: Evaluación de una consulta de apoyo; análisis de los factores condicionantes de la misma. (1989). *An Esp Pediatr*. 31 (suppl 39bis): 66.

ILLINGWORTH RS. The normal child. (1983). 8th ed. Edinburgh. Churchill Livingstone.

ILLINGWORTH RS. Infantile colic revisited. (1985). *Arch Dis Child*. 60: 981-985.

INFANTE C, LARA W, VIO F. Isotope dilution measurement of breast- milk production in Chilean urban mothers. (1985). *Hum Nutr: Clin Nutr*. 39: 376-386.

INFANTE D, TORMO R. Importancia del agua de consumo para la salud infantil. (1989). *Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria*. 49 (3): 1-14.

JAIN AK. Demographic aspects of lactation and postpartum amenorrhea. (1970). *Demography*. 7: 255.

JAKOBSSON I, LINDBERG T. Cow's milk proteins cause infantile colic in breast-fed infants: A double-blind cross-over study. (1983). *Pediatrics*. 71: 268-271.

JALILI F, GARZA C, HUANG CT. Free fatty acids in the development of breast milk jaundice. (1985). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 4: 435-444.

JASON JM, NIEBURG P, MARKS JS. Mortality and infectious disease associated with infant-feeding practices in developing countries. (1984). *Pediatrics*. 74: 702-727.

JASON J. Breast-feeding in 1991. (1991). *N Engl J Med*. 325: 1036- 1038.

JATSYK GV, KUVAEVA IB, GRIBAKIN SG. Immunological protection of the neonatal gastrointestinal tract: the importance of breast- feeding. (1985). *Acta Paediatr Scand*. 74: 246-249.

JELLIFFE DB, JELLIFFE EFP. Nonpuerperal induced lactation. (1972). *Pediatrics*. 50: 171.

JELLIFFE DB, JELLIFFE EFP. Human milk, nutrition and the world resource crisis. (1975). *Science*. 183: 557.

JELLIFFE DB, JELLIFFE EFP. Cost of breast feeding. (1976). *Lancet*. 2: 420.

JELLIFFE DB, JELLIFFE EFP. "Breast is best": Modern meanings. (1977). *N Engl J Med.* 297: 912-915.

JELLIFFE DB, JELLIFFE EFP. Human milk in the modern world. Psychological, nutritional and economic significance. (1978a). Oxford, New York, Toronto. Oxford University Press.

JELLIFFE DB, JELLIFFE EFP. The volume and composition of human milk in poorly nourished communities. A review. (1978b). *Am J Clin Nutr.* 31: 492-515.

JENISTA JA, POWELL KR, MENEGUS MA. Epidemiology of neonatal enterovirus infection. (1984). *J Pediatr.* 104: 685-690.

JENSEN RG, HAGERTY MM, McMAHON KE. Lipids of human milk and infant formulas: a review. (1978). *Am J Clin Nutr.* 31: 990-1016.

JENSEN RG, CLARK RM, DE LONG FA. The lipolytic triad: Human lingual, breast milk and pancreatic lipases: Physiological implications of their characteristics in digestion of dietary fat. (1982). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1: 243-255.

JOFFE A, RADIUS SM. Breast versus bottle: correlates of adolescent mothers' infant-feeding practices. (1987). *Pediatrics.* 79: 689-695.

JOHANSON GG, KARONEN SL, LAAKSO ML. Reversal of an elevated plasma level of prolactin during prolonged psychological stress. (1983). *Acta Physiol Scand.* 119: 463-464.

JOHNSON CA. Evaluación de extractores de leche de que se dispone actualmente en el comercio. (1983). *Clin Pediatr Phila.* 22: 40- 45.

JONES DA, WEST RR. Lactation nurse increases duration of breast feeding. (1985). *Arch Dis Child.* 60: 772-774.

JONES DA. Attitudes of breast-feeding mothers: a survey of 649 mothers. (1986a). *Soc Sci Med.* 23: 1151-1156.

JONES DA, WEST RR. Effect of a lactation nurse on the success of breast-feeding: a randomised controlled trial. (1986b). *J Epidemiol Community Health.* 40: 45-49.

JONES DA. The choice to breast feed or bottle feed and influences upon that choice: a survey of 1525 mothers. (1987). *Child: Care Health Dev.* 13: 75-85.

JONES EG. Normal infant feeding. (1984). In: Drew G Kelts and Elizabeth G. Jones eds. *Manual of Pediatrics Nutrition*. Boston, Toronto. Little, Brown and Co.: 21-48.

JUEZ G, DIAZ S, CASADO ME, DURAN E, SALVATIERRA AM, PERALTA O, CROXATTO HB. Growth pattern of selected urban Chilean infants during exclusive breast-feeding. (1983). *Am J Clin Nutr*. 38: 462- 468.

KAPLAN MS, SOLLI NJ. Immunoglobulin E to cow's milk protein in breast-fed atopic children. (1979). *J Allergy Clin Immunol*. 64: 122

KATCHER AL, LANESE MG. Breast-feeding by employed mothers: a reasonable accommodation in the work place. (1985). *Pediatrics*. 75: 644-647.

KEARNEY MH. Identifying psychosocial obstacles to breastfeeding success. (1988). *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2: 98-105.

KELLER M, KIDD R, REISINGER D, STERWART D. Producción de factor quimiotáctico de los monocitos inducida por PPD en las células de la leche humana. (1984). *Acta Paediatr Scand* (ed esp). 4: 473- 478.

KELLER MA, GENDREAU-REID L, HEINER DC, RODRIGUEZ A, SHORT JA. IgG4 in human colostrum and human milk: continued local production or selective transport from serum. (1988). *Acta Paediatr Scand*. 77: 24-29.

KEMPER K, FORSYTH B, MCCARTHY P. Jaundice, terminating breast- feeding, and vulnerable child. (1989). *Pediatrics*. 84: 773-778.

KENNEL JH, TRAUSE MA, KLAUS MH. Evidence of a sensitive period in the human mother. (1975). In: *Parent-infant interaction*. Ciba Foundation Symposium 33 (New series). Amsterdam. Elsevier Publishing Co.: 87-101.

KENNEL JH. Are we in the midst of a revolution?. (1980). *Am J Dis Child*. 134: 303-310.

KERO P, PIEKKALA P. Factors affecting the occurrence of acute otitis media during the first year of life. (1987). *Acta Paediatr Scand*. 76: 618-623.

KHIN-MAUNG-U, NYUNT-NYUNT-WAY, MYO-KHIN, MU-MU-KHIN, TIN-U, THANE- TOE. Effect on clinical outcome of breast feeding during acute diarrhoea. (1985). *Br Med J*. 290: 587-589.

KITZINGER S. Embarazo y nacimiento. (1988). Madrid. McGraw-Hill Interamericana de España.

KITZINGER S. Cómo amamantar a tu bebé. (1989). Madrid. McGraw– Hill Interamericana de España.

KLAGSBRUN M, NEUMANN J, TAPPER D. Actividad mitógena de la leche humana. (1979). J Surg Res. 26: 417–422.

KLAUS MH, KENNELL JH, PLUMB N, ZUEHLKE S. Human maternal behavior at the first contact with her young. (1970a). Pediatrics. 46: 187– 192.

KLAUS MH, KENNELL JH. Mothers separated from their newborn infants. (1970b). Pediatr Clin North Am. 17: 1015–1037.

KLAUS MH, JERAULD R, KREGER NC, McALPINE W, STEFFA M, KENNELL JH. Maternal attachment: Importance of the first post–partum days. (1972). N Engl J Med. 286: 460–463.

KLAUS MH, FANAROFF AA. Care of the high–risk neonate. (1975). Philadelphia, London, Toronto. WB Saunders Company.

KLAUS MH, KENNELL JH. La relación madre–hijo. (1978). Buenos Aires. Editorial Panamericana.

KLAUS MH, KENNELL JH. Cuidados de la madre. (1981). En: Asistencia del recién nacido de alto riesgo. 2ª ed. Buenos Aires. Ed Panamericana.: 157–183.

KLAUS MH, KENNELL JH. The family during pregnancy. (1982). In: Klaus MH and Kennell JH eds. Parent–Infant bonding. 2nd ed. St Louis. The CV Mosby Co.: 1–21.

KLAUS MH, KENNELL JH. Labor, birth and bonding. (1982b). In: Klaus MH and Kennell JH eds. Parent–Infant bonding. 2nd ed. St Louis. The CV Mosby Co.: 22–109.

KLAUS MH, KENNELL JH. Care of the mother, father and infant. (1983). In: Fanaroff AA, Martin RJ eds. Behrman's Neonatal– perinatal medicine. Third ed. St Louis, Toronto, London. CV Mosby Company.: 240–253.

KLAUS MH, KLAUS PH. the amazing newborn. (1985). Reading, Massachusetts. Addison–Wesley Publishing Company.

KLAUS MH. The frequency of suckling. A neglected but essential ingredient of breast–feeding. (1987). Obstet Gynecol Clin North Am. 14: 623–633.

KLEIN EB, BRYNE T, COOPER LZ. Neonatal rubella in a breast–fed infant after postpartum maternal infection. (1980). J Pediatr. 97: 774

KLEINGERG WM. Asesoramiento de las madres en el postparto hospitalario: Comparación de técnicas. (1977). *Am J Public Health.* 67: 672–674.

KLEMOLA T, SAVILAHTI E, LEINIKKI P. Mumps IgA antibodies are not absorbed from human milk. (1986). *Acta Paediatr Scand.* 75: 230–232.

KNITTLE JL, MERRITT RJ, DIXON-SHANIES D, GINSBERG-FELLNER F, TIMMERS KI, KATZ DP. Obesidad infantil. (1985). In: Suskind RM ed. *Tratado de nutrición infantil.* Barcelona. Salvat Editores SA.: 397–415.

KOCTÜRK T, ZETTERSTRÖM R. Infant feeding practices and attitudes to breastfeeding among Turkish mothers living in suburbs of Istanbul and Stockholm: a comparison. (1986a). *Acta Paediatr Scand.* 75: 216–221.

KOCTÜRK T. Events leading to the decision to introduce complementary feeding to the breast among a group of mothers in Istanbul. (1986b). *Scand J Prim Health Care.* 4: 231–237.

KOCTÜRK T, ZETTERSTRÖM R. Breast feeding and its promotion. (1988a). *Acta Paediatr Scand.* 77: 183–190.

KOCTÜRK T. Advantages of breastfeeding according to Turkish mother's living in Istanbul and Stockholm. (1988b). *Soc Sci Med.* 27: 405–410.

KOCTÜRK T. Lactancia materna en el Islam (carta al editor). (1989a). *Acta Paediatr Scand (ed esp).* 6: 863–865.

KOCTÜRK T, ZETTERSTRÖM R. The promotion of breastfeeding and maternal attitudes. (1989b). *Acta Paediatr Scand.* 78: 817–823.

KOTTEK SS. Lactancia materna en el Islam (carta al editor). (1989). *Acta Paediatr Scand (ed esp).* 6: 863.

KOVAR MG, SERDURA MG, MARKS JS. Review of the epidemiologic evidence for an association between infant feeding and infant health. (1984). *Pediatrics.* 74 (suppl): 615–638.

KRAMER MS, MOROZ B. Do breast-feeding and delayed introduction of solid foods protect against subsequent atopic eczema?. (1981). *J Pediatr.* 98: 546

KRAMER MS, BARR RG, LEDUC DG, BOISJOLY C, McVEY-WHITE L, PLESS IB. Determinants of weight and adiposity in the first year of life. (1985). *J Pediatr.* 106: 10–14.

KRAMER MS. Infant feeding, infection and public health. (1988). *Pediatrics.* 81: 164–165.

-
- KRAMER MS.** Alimentación infantil, infección y salud pública. (1988). *Pediatrics* (ed esp). 25: 1-2.
- KRAMER MS.** Poverty, WIC, and promotion of breast-feeding. (1991). *Pediatrics*. 87: 399-400.
- KRANTZ JC, KUPPER NS.** Cross-nursing: wet-nursing in a contemporary context. (1981). *Pediatrics*. 67: 715
- KRAYBILL EN.** Necesidades del lactante a término. (1983). En: Avery GB ed. *Neonatología*. 2ª ed. Argentina. Inter-médica editorial.: 221-225.
- KREISLER L.** Los dos primeros años de la vida del niño: la salud, el desarrollo y el cuidado del bebé paso a paso. (1980). Madrid. Pablo del Río Editor.
- KRIES R, BECKER A, GOEBEL U.** Vitamin K in the newborn: influence of nutritional factors on acarboxyprothrombin detectability and factor II and VII clotting activity. (1987). *Eur J Pediatr*. 146: 123-127.
- KRIES R, SHEARER MJ, GOEBEL U.** Vitamin K in infancy. (1988). *Eur J Pediatr*. 147: 106-112.
- KRONSTADT D, OBERKLAD F, FERB TE, SWARTZ JP.** Conducta del lactante y adaptaciones maternas en los seis primeros meses de vida. (1979). *Am J Orthopsychiatry*. 49: 454-464.
- KRUGMAN S.** Vertical transmission of hepatitis B and breast- feeding. (1975). *Lancet*. ii.: 916.
- KUBLI F, DUNN PM.** Informe del Comité de Mortalidad y Morbilidad de la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics). (1983). *Acta Pediatr Esp*. 41: 374-378.
- KUNZ C, LOENNERDAL B.** Casein and casein subunits in preterm milk, colostrum, and mature human milk. (1990). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 10: 454-461.
- KURINIJ N, SHIONO PH, RHOADS GG.** Breast-feeding incidence and duration in black and white women. (1988). *Pediatrics*. 81: 365- 371.
- KURINIJ N, SHIONO P.** Early formula supplementation of breast- feeding. (1991). *Pediatrics*. 88: 745-750.
- KVALE G, HEUCH I.** Lactation and cancer risk: is there a relation specific to breast cancer?. (1988). *J Epidemiol Community Health*. 42: 30-37.
- LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL.** The womanly art of breastfeeding. (1981). New York. Ed La Leche League International and Nal Penguin Inc. (1ªed. castellano. 1988. México DF. Ed Diana SA).
-

LABRECQUE M, MARCOUX S, WEBER JP, FABIA J, FERRON L. Feeding and urine cotine values in babies whose mothers smoke. (1989). *Pediatrics*. 83: 93-97.

LAEGREID A, KOLSTO OTNAESS AB, ORSTAVIK I, CARLSEN KH. Neutralizing activity in human milk fractions against respiratory syncytial virus. (1986). *Acta Paediatr Scand*. 75: 696-701.

LAKE AM, WHITTINGTON PF, HAMILTON SR. Colitis inducida por proteínas dietéticas en lactantes alimentados al pecho. (1982). *J Pediatr*. 101: 906-910.

LANE PA, HATHAWAY WE. Vitamin K in infancy. (1985). *J Pediatr*. 106: 351-359.

LARSEN SA, HOMER DR. Relation of breast versus bottle feeding to hospitalization for gastroenteritis in a middle-class US population. (1978). *J Pediatr*. 92: 417-418.

LARSON CP. Efficacy of prenatal and postpartum home visits on child health and development. (1980). *Pediatrics*. 66: 191-197.

LAUBER E, REINHARDT M. Studies on the quality of breastmilk during 23 months of lactation in a rural community of the Ivory coast. (1981). *J Trop Pediatr*. 27: 74-77.

LAUKARAN VH, WINIKOFF B. Contraceptive use, amenorrhea and breastfeeding in postpartum women. (1985). *Stud Fam Plann*. 16: 293-301.

LAUNER LJ, HABICHT JP, KARDJATI S. Breast feeding protects infants in Indonesia against illness and weight loss due to illness. (1990). *Am J Epidemiol*. 131: 322-331.

LAWRENCE RA. Breast feeding: a guide for the medical profession. (1980). St Louis, Toronto. The CV Mosby Co.

LAWRENCERA. Practices and attitudes toward breast feeding among medical professionals. (1982). *Pediatrics*. 70: 912-920.

LAWRENCE RA, McANARNEY R, ATEN MJ. Mothering behaviours of adolescents who breast feed. (1983). *Pediatr Res*. 17: 90A.

LAWRENCE RA. Tratamiento de la lactancia como proceso fisiológico. (1987). *Clin Perinatol (ed esp)*. 1: 1-10.

LAWRENCE RA. Breast-feeding trends: A cause for action. (1991). *Pediatrics*. 88: 867.

LAYDE PM, WEBSTER LA, BAUGHMAN AL, WINGO PA, RUBIN GL, ORY HW. The independent associations of parity, age at first full term pregnancy, and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. Cancer and Steroid Hormone Study Group (1989). *J Clin Epidemiol.* 42: 963-973.

LE GUENNEC J-C, BILLON B. Retraso en la eliminación de cafeína en los lactantes alimentados con leche materna. (1987). *Pediatrics (ed esp).* 23: 107-110.

LEAKE RD, WATERS CB, RUBIN RT, BUSTER JE, FISHER DA. Oxytocin and prolactin responses in long-term breast-feeding. (1983). *Obstet Gynecol.* 62: 565-568.

LEFEVRE F, DUCHARME M. Incidence and duration of lactation and lactational performance among mothers of low-birth-weight and term infants. (1989). *Can Med Assoc J.* 140: 1159-1164.

LEFEVRE M, KRUSE J, ZWEIG S. Selection of infant feeding method: a population-based study in a rural area. (1987). *J Fam Pract.* 24: 487-491.

LEGG C, SHERICK I, WADLAND W. Reaction of preschool children to the birth of a sibling. (1974). *Child Psychiatry and Human Development.* 5: 3-39.

LELLEP R. La lactancia materna: Progresión de imágenes en su desuso. (1980). In: Kenny M, De Miguel JM eds. *La antropología médica en España.* Barcelona. Editorial Anagrama. pag. 295-308.

LEVENTHAL JM, SHAPIRO ED, ATEN CB, BERG AT, EGERTER JA. ¿Protege realmente la lactancia materna a los niños de menos de tres meses de edad frente a las infecciones?. (1986). *Pediatrics (ed esp).* 22: 337-343.

LEVI J. Establishing breast feeding in hospital. (1988). *Arch Dis Child.* 63: 1282-1285.

LEVINE RL. Neonatal jaundice. (1988). *Acta Paediatr Scand.* 77: 177-183.

LEWIS-JONES DI, LEWIS-JONES MS, CONNOLLY RC, LLOYD DC, WEST CR. The influence of parity, age and maturity of pregnancy on antimicrobial proteins in human milk. (1985). *Acta Paediatr Scand.* 74: 655-659.

LIFSCHITZ CH, HAWKINS HK, GUERRA C, BYRD N. Anaphylactic shock due to cow's milk protein hypersensitivity in a breast-fed infant. (1988). *J Pediatr Gastroent Nutr.* 7: 141-144.

LIFSCHITZ CH, WOLIN MJ, REEDS PJ. Characterization of carbohydrate fermentation in feces of formula-fed and breast-fed infants. (1990). *Pediatr Res.* 27: 165-169.

LILLIG K, LACKEY CJ. Economical and social factors influencing women's infant feeding decisions in a rural Mexican community. (1982). *J Trop Pediatr.* 28: 240–247.

LINDENBERG CS, CABRERA-ARTOLA R, JIMENEZ V. The effect of early post-partum mother-infant contact and breast-feeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. (1990). *Int J Nurs Stud.* 27: 179–186.

LINDMARK B. Maternal use of alcohol and breast-fed infants. (1990). *N Engl J Med.* 322: 338–339.

LINN S, SCHOENBAUM SC, MONSON RR, ROSNER B, STUBBLEFIELD PG, RYAN KJ. Epidemiology of neonatal hyperbilirubinemia. (1985). *Pediatrics.* 75: 770–774.

LIPTAK GS, KELLER BB, FELDMAN AW, CHAMBERLIN RW. Enhancing infant development and parent-practitioner interaction with the Brazelton Neonatal Assessment Scale. (1983). *Pediatrics.* 72: 71–78.

LITTLE RE, ANDERSON KW, ERVIN CH, WORTHINGTON-ROBERTS B, CLARREN SK. Maternal alcohol use during breast-feeding and infant mental and motor development at one year. (1989). *N Engl J Med.* 321: 425–430.

LLIBRE MD, ROVIRA I, SOLSONA A, CASTRO E, RODRIGUEZ S, OLLES V. Características del tipo de lactancia de la población pediátrica estudiada en el centro de atención primaria Terrassa Nord. (1991). 35 (s45): 63.

LÖNNERDAL B, FORSUM E, GEBRE-MEDHIM M, HAMBRAEUS L. Breast milk composition in Ethiopian and Swedish mothers. II. Lactose, nitrogen and protein content. (1976). *Am J Clin Nutr.* 29: 1134–1141.

LÖNNERDAL B. Effects of maternal dietary intake on human milk composition. (1986). *J Nutr.* 116: 499.

LOPEZ L, LOMENA JA, MEDINA MT, GUTIERREZ-MATURANA C, HERMOSO A, NARANJO AI. Alimentación en el primer año de vida de niños con y sin educación sanitaria. (1991). *An Esp Pediatr.* 35 (s45): 65–66.

LOTHE L, LINDBERG T, JAKOBSSON I. Cow's milk formula as a cause of infantile colic: A double-blind study. (1982). *Pediatrics.* 70: 7–10.

LOTHE L, LINDBERG T. Cow's milk whey protein elicits symptoms of infantile colic in colicky formula-fed infants: A double-blind crossover study. (1989). *Pediatrics.* 83: 262–266.

LOUGHLIN HH, CLAPP-CHANNING NE, GEHLBACH SH, POLLARD JC, McCUTCHEN TM. Early termination of breast feeding: Identifying those at risk. (1985). *Pediatrics*. 75: 508–513.

LUCAS A, MITCHELL MD. Prostaglandins in human milk. (1980). *Arch Dis Child*. 55: 950–952.

LUCCHINI R, NANEI S, TOZZI C, VALLETTI F, BADII R, FERRARO M. L'allattamento al seno in Roma e provincia 1982. (1984). *Pediatr Med Chir*. 6: 655–658.

LUDER E, KATTAN M, TANZER-TORRES G, BONFORTE RJ. Current recommendations for breast-feeding in cystic fibrosis centers. (1990). *Am J Dis Child*. 144: 1153–1156.

LUNN PG, PRENTICE AM, AUSTIN S, WHITEHEAD RG. Influence of maternal diet on plasma-prolactin levels during lactation (1980). *Lancet*. 1: 625–626.

LUNN PG, WATKINSON M, PRENTICE AM. Maternal nutrition and lactational amenorrhea (letter). (1981). *Lancet*. 1: 1428–1429.

LUNN PG. Nutrición materna e infertilidad en la lactancia: el recién nacido como punto de atención. (1986). *Nutrición materna e infertilidad en la lactancia*. Nestlé Nutrition. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 15–19.

LYON AJ. The effects of smoking on breast feeding. (1983a). *Arch Dis Child*. 58: 378–380.

LYON AJ. Factors affecting breast feeding. A comparison of two British Military Hospitals. (1983b). *J R Army Med Corps*. 129: 135–139.

LYON AJ. Factores que influyen sobre la lactancia materna (Carta al editor). (1984). *Acta Paediatr Scand* (ed esp). 2: 248–249.

LYTTEN FE, YORSTEN JC. Difficulties associated with breast feeding. (1958). *Br Med J*. 1: 310.

MacFARLANE A. Olfaction in the development of social preferences in the human neonate. (1975). In: *Parent–infant interaction*. Ciba Foundation Symposium 33 (New series). Amsterdam. Elsevier Publishing Co.: 103–117.

MacGOWAN CA, SERDULA MK, LANE JM, JOESOEF RM, COOK FH. Breast-feeding among women attending women, infants, and children clinics in Georgia, 1987. (1991). *Pediatrics*. 87: 361–366.

MAISELS MJ, GIFFORD K. Neonatal jaundice. (1981). In Avery GB ed. *Neonatology, Pathophysiology and Management of the Newborn*. 2nd ed. Philadelphia. JB Lippincott Co.: 473–544.

MAISELS MJ, GIFFORD K. Normal serum bilirubin levels in the newborn and the effect of breast-feeding. (1986). *Pediatrics*. 78: 837-843.

MAISELS MJ, GIFFORD K, ANTLE CE. Jaundice in the healthy newborn infant: a new approach to an old problem. (1988). *Pediatrics*. 81: 505-511.

MANNING-DALTON C, ALLEN LH. The effects of lactation on energy and protein consumption, postpartum weight change and body composition of well nourished North American women. (1983). *Nutr Res*. 3: 293-308.

MANNOF RK. Mass-media and breastfeeding promotion. (1988). In: Jelliffe DB, Jelliffe EFP eds. *Programmes to promote breastfeeding*. Oxford. Oxford University Press.: 271-275.

MANSBACH IK, PALTÍ H, PEVSNER B, PRIDAN H, PALTÍ Z. Advice from the obstetrician and other sources: do they affect women's breast feeding practices?. A study among different Jewish groups in Jerusalem. (1984). *Soc Sci Med*. 19: 157-162.

MANUEL MJ. ¿Está justificado prolongar la alimentación con leches de continuación hasta los 36 meses?. (1991). *Pediatika*. 11: 155- 156.

MARCO M. Estudio de la alimentación del lactante. (1984). Tesina de licenciatura. Universidad Complutense. Madrid.

MARCO M. Lactancia, crecimiento y morbilidad del lactante. (1989). Tesis doctoral. Universidad Complutense. Madrid.

MARKESTADT T. Plasma concentrations of vitamin D metabolites in unsupplemented breast-fed infants. (1983). *Eur J Pediatr*. 141: 77-80.

MARSHALL BR, HEPPLER JK, ZIRBEL CC. Sporadic puerperal mastitis: An infection that need not interrupt lactation. (1975). *JAMA*. 233: 1377-1379.

MARTENS II WS, MARTIN LF, BERLIN Jr CM. Failure of a nursing infant to thrive after the mother's gastric bypass for morbid obesity. (1990). *Pediatrics*. 86: 777-778.

MARTIN CL. Motivation et refus de l'allaitement maternel. (1976). *Arch Fr Pédiatr*. 33: 409.

MARTIN F. Alimentación y estado de salud del lactante y su relación con la situación socioeconómica familiar en nuestro medio. (1981). Tesina de licenciatura. Universidad Complutense. Madrid.

MARTÍN-CALAMA J, VILLAR A, ORIVE I, PRIETO MJ, CONDE F, SANCHEZ E. Tendencias actuales de la lactancia materna en Valladolid. (1985a). *An Esp Pediatr.* 22: 371-377.

MARTÍN-CALAMA J, ORIVE JI, ALBEROLA S, OCHOA C, MARUGAN JM, MARTIN MD, LASO P. Aportación al conocimiento de la problemática actual de la lactancia materna. (1985b). Premio Nestlé Nutrición Infantil. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 135-182.

MARTÍN-CALAMA J, BARGUÑO JM, SANCHEZ E. Lactancia materna. Diez preguntas de actualidad. (1985c). *An Esp Pediatr.* 22: 149-155.

MARTÍN-CALAMA J. Epidemiología y asistencia al amamantamiento en Valladolid. (1985d). Tesis Doctoral. Universidad de Valladolid.

MARTÍN-CALAMA J, CASARES I, RODRIGUEZ P, ORIVE I. El cambio de conducta en el amamantamiento a nivel mundial. Revisión, 1920- 1985. (1986). *An Esp Pediatr.* 25: 39-44.

MARTIN MJ. Hospitalización a domicilio de recién nacidos con peso al nacimiento igual o inferior a 2000 gramos. (1988). Tesis Doctoral. Madrid. Facultad de Medicina. Universidad Complutense.

MARTINES JC, ASHWORTH A, KIRKWOOD B. Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. (1989). *Bull World Health Organ.* 67: 151- 161.

MARTINEZ GA, NALEZIENSKI JP. The recent trend in breast feeding. (1979). *Pediatrics.* 64: 686-692.

MARTINEZ GA, NALEZIENSKI JP. 1980 Update: The recent trend in breast-feeding. (1981a). *Pediatrics.* 67: 260-263.

MARTINEZ GA, DODD DA, SAMARTGEDES JA. Milk feeding patterns in the United States during the first twelve months of life. (1981b). *Pediatrics.* 68: 863-868.

MARTINEZ GA, STAHL DA. The recent trend in milk feeding among WIC infants. (1982). *Am J Public Health.* 72: 68-71.

MARTINEZ GA, DODD DA. 1981 Milk feeding patterns in the United States during the first 12 months of life. (1983). *Pediatrics.* 71: 166-170.

MARTINEZ GA, KRIEGER FW. 1984 milk-feeding patterns in the United States. (1985). *Pediatrics.* 76: 1004-1008.

MARTINEZ Y. La Semana. (1988). *El Médico.* Madrid. SANED SA. 11-17 Marzo 1988.: 25.

MARTINEZ J. Tribuna con... (1988). Tribuna Médica. Madrid. Imagen Médica SA. 16-22 Diciembre 1988.: 12-13.

MARTINON F, GARCIA C, MARTINON ML, ESTEVEZ O. Recomendaciones y prácticas en la alimentación del recién nacido. (1985). Premio Nestlé Nutrición Infantil. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 107-133.

MARZO F, ROMERO C. Lactancia materna en nuestro medio. (1987). An Esp Pediatr. 27 suppl 27: 45.

MASTERS WH, JOHNSON V. Human sexual response. (1966). Boston. Little Brown Co.

MAZON A, NACHER A, VITORIA I, BOSCA J, ESTAÑE J. Alimentación al pecho. Estudio en la población controlada en un EAP. (1989). An Esp Pediatr. 30, s36: 84-85.

McCLELLAND DBL, McGRATH J, SAMSON RR. Antimicrobial factors in human milk. Studies of concentration and transfer to the infant during the early stages of lactation. (1978). Acta Paediatr Scand. Suppl 271: 1-20.

McCONNOCHIE KM, ROGHMANN KJ. Breast feeding and maternal smoking as predictors of wheezing in children age 6 to 10 years. (1986). Pediatr Pulmonol. 2: 260-268.

McKENNA R, COLE ER, VASAN U. ¿Está contraindicada la warfarina sódica en la madre que lacta?. (1983). J Pediatr. 103: 325-327.

McKIGNEY J. The uniqueness of human milk. Economic aspects. (1971). Am J Clin Nutr. 24: 1005.

McMILLAN JA, LANDAW SA, OSKI FA. Iron sufficiency in breastfed infants and the availability of iron from human milk. (1976). Pediatrics. 58: 686-691.

McMILLAN JA, OSKI FA, LOURIE G, TOMARELLI RM, LANDAW SA. Iron absorption from human milk, simulated human milk and proprietary formulas. (1977). Pediatrics. 60: 896-900.

McNEILLY AS, ROBINSON IC, HOUSTON MJ, HOWIE PW. Release of oxytocin and prolactin in response to suckling. (1983). Br Med J Clin Res. 286: 257-259.

McNEILLY AS, GLASIER A, HOWIE PW. Control endocrino de la infertilidad en la lactancia.I. (1986). Nutrición materna e infertilidad en la lactancia. Nestlé Nutrition. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 7-14.

McTIERNAN A, THOMAS DB. Evidence for a protective effect of lactation on risk of breast cancer in young women. (1986). Am J Epid. 124: 353

MEBERG A, WILGRUFF S, SANDE HA. High potential for breast-feeding among mothers giving birth to preterm infants. (1982). *Acta Paediatr Scand.* 71: 661-662.

MEEUWISSE GW. Immunological considerations on breast vs. formula feeding. (1985). *Klin Paediatr.* 197: 322-325.

MELLANDER L, CARLSSON B, HANSSON LÅ. Appearance of secretory IgM and IgA antibodies to *Escherichia coli* in saliva during early infancy and childhood. (1984). *J Pediatr.* 104: 564-568.

MELLANDER L, CARLSSON B, JALIL F, SÖDERSTRÖM T, HANSSON LÅ. Secretory IgA antibody response against *Escherichia coli* antigens in infants in relation to exposure. (1985). *J Pediatr.* 107: 430- 433.

MELLIES MJ, BURTON K, LARSEN R, FIXLER D, GLUECK CJ. Cholesterol, phytosterols, and polyunsaturated/saturated fatty acid ratios during the first 12 months of lactation. (1979). *Am J Clin Nutr.* 32: 2383-2389.

MELLIES MJ, GLUECK CJ. Lipids and the development of atherosclerosis in children. (1983). *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2 (suppl 1): 298-303.

MELLIES MJ, GLUECK CH. Nutrición del lactante y desarrollo de obesidad. (1985). In: Lebhental E ed. *Gastroenterología y nutrición en la infancia.* Barcelona. Salvat Editores SA.: 681- 690.

MELTZOFF AN, MOORE MK. Imitation of facial and manual gestures by human neonates. (1977). *Science.* 198: 75-78.

MENNELLA JA, BEAUCHAMP GK. The transfer of alcohol to human milk. Effects on flavor and the infant's behavior. (1991). *N Engl J Med.* 325: 981-985.

MERRET TB, BURR ML, BUTLAND BK, MERRETT J, MISKELLY FG, VAUGHAN- WILLIAMS E. Infant feeding and allergy: 12-month prospective study of 500 babies born into allergic families. (1988). *Ann Allergy.* 61: 13-20.

MESSENGER M. The breastfeeding book. (1982). London. Frances Lincoln Ltd.

MILLMAN SR, COOKSEY EC. Birth weight and the effects of birth spacing and breastfeeding on infant mortality. (1987). *Stud Fam Plann.* 18: 202-212.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Guía para la elaboración del programa del lactante y preescolar en Atención Primaria de Salud. (1989). 7ª ed. Madrid. Colección Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Decreto 117/88, de 17-11, de la Consejería de Salud, por el que se aprueba definitivamente la Zonificación de Salud de la Comunidad de Madrid (BOCM num. 280, de 24-11-88). (Corr.Err. por Resolución num. 91, de 2 de diciembre de 1988. BOCM NUM. 298, de 15 de diciembre de 1988). (1990). En: Estructuras Básicas de Salud. 1ª Ed. Madrid. Instituto Nacional de la Salud.: 527-540.

MIRANDA R, SARAVIA NG, ACKERMAN R, MURPHY N, BERMAN S, McMURRAY DN. Effects of maternal nutritional status on immunological substances in human colostrum and milk. (1983). *Am J Clin Nutr.* 37: 632-640.

MISKELLY FG, BURR ML, VAUGHAN-WILLIAMSE, FEHILY AM, BUTLAND BK, MERRETT TG. Infant feeding and allergy. (1988). *Arch Dis Child.* 63: 388-393.

MONTALTO MB, BENSON JD. Nutrient intakes of older infants: effects of different milk feeding. (1986). *J Am Coll Nutr.* 5: 331-341.

MONTOLIO B, COLOMER C. Factores de riesgo para el fracaso precoz de la lactancia materna. (1988). *An Esp Pediatr.* Libro de Comunicaciones. XVII Congreso Español de Pediatría.: 105.

MORAN J, TORMO R. Alimentación con leches adaptadas: Importancia del consejo pediátrico. (1990). *Pediatriska.* 10: 197-203.

MORAN J. Lactancia materna en España. Situación actual. (1992a). *An Esp Pediatr.* 36: 45-50.

MORAN J. Promoción de la lactancia materna en España. ¿Qué hacer?. (1992b). *An Esp Pediatr.* 36: 51-55.

MORSE JM, HARRISON MJ, PROWSE M. Minimal breastfeeding. (1986). *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 15: 333-338.

MUÑOZ F. Avances en lactancia natural. Mecanismos que regulan la puesta en marcha de la lactancia y para sostenerla en las crisis transitorias de secreción láctea. Causas más frecuentes del destete precoz. (1986). *An Esp Pediatr.* 25 (s26): 4-7.

MUÑOZ J, SALAZAR M, PEREZ N, DAPENA J, GOMEZ DE TERREROS I. Estado actual de la alimentación del lactante en nuestro medio. (1986). *An Esp Pediatr.* 25 (suppl 26): 64.

MUÑOZ R. Estudio sanitario de una muestra de la población infantil de Albacete. (1986). Tesina de licenciatura. Universidad Complutense. Madrid.

MUÑOZ MT, PARRA I, SEVERIANO S, MADERO R, CALVO JL, GARCIA C, PASCUAL A, JIMENEZ A. Estudio de la lactancia materna en la atención primaria de salud. (1986). *An Esp Pediatr.* 25 (suppl 26): 63.

MUÑOZ MT, SEVERIANO S, PARRA I, MADERO R, COBALEDA A, JIMENEZ A. Estudio de la lactancia materna en la atención primaria de salud. (1987). *Pediatrika.* 7: 216–222.

MURGA ML, ARROBA ML, MARTIN B, POLANCO I. Incidencia de lactancia materna: sin cambios en la última generación 1970–1985. (1987). *An Esp Pediatr.* 27 suppl 27: 44–45.

MURPHY JF, DAUNCEY M, NEWCOMBE R, GARCIA J, ELBOURNE D. Employment in pregnancy: prevalence, maternal characteristics, perinatal outcome. (1984). *Lancet.* 1: 1163–1166.

MYERS MG, FOMON SJ, KOONTZ FR, McGUINNESS GA, LACHENBRUCH PA, HOLLINGSHEAD R. Respiratory and gastrointestinal illnesses in breast –and formula– fed infants. (1984). *Am J Dis Child.* 138: 629–632.

NAVARRO P. Lactancia mercenaria: otra expresión de la doble moral burguesa. (1982). *Asclepio.* XXXIV: 33–70.

NAVARRO P. Lactancia mercenaria: hipocresía y explotación. (1983). *Asclepio.* XXXV: 375–386.

NAYLOR A, WESTER R. Consulta profesional sobre amamantamiento. (1987). *Clin Perinatol (ed esp).* 1: 35–40.

NAYLOR AJ. Promoting succesfull breast feeding. (1982). *Pediatrics.* 70: 825–826.

NEIFERT MR. Returning to breast feeding. (1980). *Clin Obstet Gynecol.* 23: 1061.

NEIFERT M, McDONOUGH S, NEVILLE M. Failure of lactogenesis associated with placental retention. (1981). *Am J Obstet Gynecol.* 140: 477–478.

NEIFERT MR, SEACAT JM, JOBE WE. Lactation failure due to inadequate glandular development of the breast. (1985a). *Pediatrics.* 76: 823–828.

NEIFERT MR, SEACAT JM. Contemporary breastfeeding management. (1985b). *Clin Perinatol.* 12: 319–342.

NEIFERT MR. Intevención del médico en el amamantamiento adecuado. (1986). *Pediatr Clin North Am.* 33: 743–762.

NEUT C, BEZIRTZOGLU E, ROMOND C, BEERENS H, DELCROIX M, NOEL AM. Bacterial colonization of the large intestine in newborns delivered by cesarean section. (1987). *Zbl Bakt Hyg A*. 266: 330–337.

NEVILLE MC, KELLER RP, SEACAT J. Studies on human lactation. I. Within-feed and between breast variation in selected components of human milk. (1984). *Am J Clin Nutr*. 40: 635–646.

NEVILLE MC, KELLER RP, SEACAT J. Studies on human lactation: milk volumes in lactating women during the onset of lactation and full lactation. (1988). *Am J Clin Nutr*. 48: 1375–1386.

NEWTON NR, NEWTON M. Relationship of ability to breastfeed and maternal attitudes to breastfeeding. (1950). *Pediatrics*. 5: 869–875).

NEWTON N. Nipple pain and nipple damage. (1952). *J Pediatr*. 41: 411.

NEWTON N, NEWTON M. Psychological aspects of lactation. (1967). *N Engl J Med*. 277: 1179–1188.

NEWTON M. Breast-feeding by adoptive mother. (1971). *JAMA*. 48: 996.

NICAUD V, HATTON F, ROBINE JM. Allatament maternel. Nature du choix. (1985). *Arch Fr Pediatr*. 42: 133–137.

NICOLL A, GINSBURG R, TRIPP JH. Supplementary feeding and jaundice in newborns. (1982). *Acta Paediatr Scand*. 71: 759–761.

NOGALES A, LOPEZ C, TEJEDOR V. Alimentación complementaria del lactante. Aporte de alimentos preparados en el domicilio e industrialmente. (1988). Madrid. Publicación Alter.

NOGALES A. Aspectos psicológicos y otras consideraciones sobre la lactancia. (1989a). In: A. Nogales ed. *Vademecum de dietética infantil*. 2ª ed. Madrid. Ediciones CEA S.A.: 39–49.

NOGALES A. Situación general de la lactancia materna en nuestro país y posibilidades de promoción de la misma. (1989b). In: A. Nogales ed. *Vademecum de dietética infantil*. 2ª ed. Madrid. Ediciones CEA S.A.: 1–15.

NOGALES A. Consideraciones sobre algunas características de la leche de mujer. (1989c). In: A. Nogales ed. *Vademecum de dietética infantil*. 2ª ed. Madrid. Ediciones CEA S.A.: 17–27.

NOGALES A. Alimentación del lactante: consideraciones generales. (1990a). M.D.P. MONOGRAFÍAS DE PEDIATRÍA. Nº 65 (Alimentación en la infancia I): 11–17.

NOGALES A. Lactancia materna y leche de mujer. (1990b). M.D.P. MONOGRAFÍAS DE PEDIATRÍA. Nº 65 (Alimentación en la infancia I): 29-36.

NOMMSEN LS, LOVELADY CA, HEINIG MJ, LOENNERDAL B, DEWEY KG. Determinants of energy, protein, lipid, and lactose concentrations in human milk during the first 12 months of lactation: the Darling-Davis Area Research on Lactation, Infant Nutrition and Growth- Study. (1991). *Am J Clin Nutr.* 53: 457-465.

NORDIO S, LEVI N, ANTENER I. Aspectos nutritivos y metabólicos de la lactancia al seno. (1978). *Anales Nestlé.* Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A. 48: 52-68.

NORUSIS MJ. SPSS/PC+V3.0 Update Manual for the IBM PC/XT/AT AND PS/2. (1988). Chicago. SPSS Inc.

NUTRITION COMMITTEE OF THE CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY AND COMMITTEE ON NUTRITION OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Breast-feeding: a commentary in celebration of the International Year of the Child, 1979. (1978). *Pediatrics.* 62: 591.

ÑIGUEZ JC, GARCIA-MARCOS LV, BARBERO P, CAMPOS M, GARCIA V, BORRAJO E. Seguimiento longitudinal de albúmina, Ig A, Ig G e Ig M determinadas mediante nefelometría láser en leche materna. (1987). Premio Nestlé Nutrición Infantil. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 535-583.

O'CONNOR SM, VIETZE PM, HOPKINS JB, ALTEMEIER WA. Post-partum extended maternal-infant contact: subsequent mothering and child health. (1977). *Pediatr Res.* 11: 380.

O'CONNOR PA. Failure to thrive with breast feeding. (1978). *Clin Pediatr.* 17: 833-835.

O'CONNOR SM, VIETZE PM, SHERROD KB, SANDLER HM, ALTEMEIER III WA. Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. (1980). *Pediatrics.* 66: 176-182.

OGRA SS, OGRA PL. Immunologic aspects of human colostrum and milk I. Distribution characteristics and concentrations of immunoglobulins at different times after the onset of lactation. (1978a). *J Pediatr.* 92: 546-549.

OGRA SS, OGRA PL. Immunologic aspects of human colostrum and milk II. Characteristics of lymphocyte reactivity and distribution of E-rosette forming cells at different times after the onset of lactation. (1978b). *J Pediatr.* 92: 550-555.

OGRA PL, DAYTON D. Immunology of breastmilk. (1979). New York. Raven Press.

OGRA PL, GREENE H. Human milk and breast-feeding: An update on the state of the art. (1982). *Pediatr Res.* 16: 266

OHLSSON A, FOHLIN L. Reproductive medical care in Sweden and the province of Ontario, Canada. (1983). *Acta Paediatr Scand.* s306: 2-15.

OJOFEITIMI EO. Efecto de la duración y frecuencia de la lactancia materna sobre la amenorrea posterior al parto. (1982a). *Pediatrics (ed esp).* 13: 104-107.

OJOFEITIMI EO, ELEGBE IA. The effect of early initiation of colostrum feeding on proliferation of intestinal bacteria in neonates. (1982b). *Clin Pediatr.* 21: 39

OLDS DL, HENDERSON CR, TATELBAUM R, CHAMBERLIN R. Improving the delivery of prenatal care and outcomes of pregnancy: a randomized trial of nurse home visitation. (1986). *Pediatrics.* 77: 16-28.

OLSON JA. Recommended dietary intakes (RDI) of vitamin K in humans. (1987). *Am J Clin Nutr.* 45: 687-692.

OWE SA, AHMED I, LAWAL SF, RANSOME-KUTI S. Bacteriological quality of raw human milk: effect of storage in a refrigerator. (1987). *Ann Trop Paediatr.* 7: 233-237.

OMS (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD). Lactancia materna. (1981). Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

OMS (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD). Cantidad y calidad de la leche materna. (1985). Informe sobre el estudio en colaboración de la OMS acerca de la lactancia natural. Ginebra. OMS.

OMS (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD). Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural. La función especial de los servicios de maternidad. (1989). Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

OSKI FA, HONIG AS, HEID B. Effect of iron therapy on behaviour performance in non anemic iron deficient infants. (1983). *Pediatrics.* 71: 877-880.

OWLES EN, HITCHCOCK NE, GRACEY M. Feeding patterns of Australian infants: birth to one year. (1982). *Hum Nutr Appl Nutr.* 71: 661- 662.

PACI A, ZAPPIA V, RICCIARDI L, BERTINI M, ZOPPI C. L'anoressia durante il primo anno di vita. Contributo casistico. (1988). *Ped Med Chir.* 10: 63-72.

PAIDOS'84. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. (1985). Madrid. Danone S.A.

PAINE R, COBLE RI. Breast-feeding and infant health in a rural U.S. community. (1982). *Am J Dis Child.* 36: 136

PAJARON M, PEREZ D, RODRIGUEZ F, SANCHEZ-SOLIS ML, GARCIA- MARCOS L, NÍGUEZ JC, BARBERO NPM. Variaciones de los lípidos en la leche de mujer. (1984). Premio Nestlé Nutrición Infantil. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 479-570.

PAJARON M, SANCHEZ-SOLIS ML, CAMARA J, GARCIA M. Estudio de los aminoácidos libres en la leche de mujer. (1985). Premio Nestlé Nutrición Infantil. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 397-534.

PACKARD VS. Human milk and infant formula. (1982). New York. Academic Press Inc.

PALTI H, MANSBACH I, PRIDAN H, ADLER B, PALTI Z. Episodes of illness in breast-fed infants in Jerusalem. (1984). Isr J Med Sci. 20: 395-399.

PAPPS (Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud en atención primaria). Evaluación del PAPPS 90. (1990). Red de Centros Investigadores de la SEMFYC. Barcelona. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

PARICIO J, SALOM A, DE CASTRO P, BENAC M, SANTOS L. Encuesta realizada a 549 madres de las comarcas de L'Horta (Burjasot), La Safor (Gandia) y La Marina Alta (Xàvia). Motivos de abandono de la lactancia antes de los tres meses. (1982a). An Esp Pediatr. 17 (s16): 155-156.

PARICIO JM, RICO JL, MORANT M. Comparación de dos técnicas de administración de lactancia materna: horario rígido y a la demanda. (1982b). An Esp Pediatr. 17 (s16): 152-153.

PARKE RD. El papel del padre. (1981). Ed. RD Parke. Ediciones Morata SA, (serie Brune). Madrid.

PASCOE JM. Breast feeding attitudes in Israel and the United States. (1983). Pediatr Res. 17: 226A.

PASCOE JM, FRENCH J. Development of positive feelings in primiparous mothers toward their normal newborns. A descriptive study. (1989). Clin Pediatr Phila. 28: 452-456.

PATON M, LAIRD J. Nursing mothers' association of Australia (NMAA). (1988). In: Jelliffe DB, Jelliffe EFP eds. Programmes to promote breastfeeding. Oxford. Oxford University Press.: 180-188.

PEARSON HA, WINDOM RD. Eradication of iron deficiency anemia in an inner city childhood population: An endangered triumph of prophylaxis. (1984). Pediatr Res. 18: 246A.

PECKHAM CS, JOHNSON C, ADES A, PEARL K, CHIN KS. Early acquisition of cytomegalovirus infection. (1987). Arch Dis Child. 62: 780-785.

PERALTA O, DIAZ S, JUEZ G, HERREROS C, CASADO ME, SALVATIERRA AM, MIRANDA P, DURAN E, CROXATTO HB. Fertility regulation in nursing women: V. Long-term influence of a low-dose combined oral contraceptive initiated at day 90 postpartum upon lactation and infant growth. (1983). *Contraception*. 27: 27-38.

PERDOMO M, TEJEDOR V, CABELLO A, GONZALEZ D. Inicio de la alimentación complementaria en diferentes áreas de Madrid. (1990). *An Esp Pediatr*. 33 (s.43bis): 152.

PEREZ A. The first ovulation after childbirth. (1972). *Am J Obstet Gynecol*. 114: 1041-1048.

PEREZ M. Alimentación infantil y educación sanitaria nutricional en la provincia de Sevilla. (1979). Premio Nestlé Nutrición Infantil. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 133-149.

PEREZ-CHOLIZ V, GARCIA MA, CASTRO A, PEREZ JM. (1986). Premio Nestlé Nutrición Infantil. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 319-398.

PEREZ-SANCHEZ M. Observación de bebés. Relaciones emocionales en el primer año de vida. (1981). Barcelona, Buenos Aires, México. Paidós.

PERNOUD L. Yo crio a mi hijo. (1990). Pernoud L ed. Buenos Aires, Madrid, Méjico, Santiago de Chile. Javier Vergara editor.

PERSSON LÅ, SAMUELSON G. From breastmilk to family food. Infant feeding in three Swedish communities. (1984). *Acta Paediatr Scand*. 73: 685-692.

PETERSON GH, MEHL LE. Some determinants of maternal attachment. (1978). *Am J Psychiatry*. 135: 1168-1173.

PETROS-BARVAZIANA. Salud infantil y alimentación al seno. (1978). En: Lactancia materna. Anales Nestlé. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A. 48: 69-85.

PIAZZA G, CHIARELLI NORDIO F, MANFREDI E. Feeding patterns and mother-child interaction in the first months of life. (1985). *Psichiatri Infanz Adolesc*. 52: 467-480.

PICCIANO MF, CALKINS EJ, GARRICK JR. Milk and mineral intake of breast-fed infants. (1981). *Acta Paediatr Scand*. 70: 189-194.

PICO G, FIOL M, DE ASIS FJ, DIAZ M, PUGES E, SUAU J, FERRAGUT J, ROMAN JM. Lactancia materna, lactancia artificial y morbilidad infantil. (1985). Premio Nestlé Nutrición Infantil. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 383-396.

PITT J, BARLOW B, HEIRD WC. Protection against experimental necrotizing enterocolitis by maternal milk. I Role of milk leucocytes. (1977). *Pediatr Res.* 11: 906-909.

PITTARD WB, ANDERSON DM, CERUTTI ER, BOXERBAUM B. Bacteriostatic qualities of human milk. (1985). *J Pediatr.* 107: 240-243.

POLAND RL, SCHULTZ GE, GARG G. High milk lipase activity associated with breast milk jaundice. (1980). *Pediatr Res.* 14: 1328-1034.

POPKIN BM, ADAIR L, AKIN JS, BLACK R, BRISCOE J, FLIEGER W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. (1990). *Pediatrics.* 86: 874-882.

PORTER RH, CERNOCH JM, BALOGH RD. Recognition of neonates by facial-visual characteristics. (1984). *Pediatrics.* 74: 501-504.

POSKITT EME. Obesity in the young child: whither and whence?. (1986). *Acta Paediatr Scand.* suppl 323: 24-32.

POSKITT EME. Necesidades energéticas durante el período de destete. (1988). Destete ¿Por qué, cómo, cuándo?. Nestlé Nutrition. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 12-15.

POTOIAN-SHUHAIBER S. Infantile diarrhoea due to water complementation of breast and bottle feeding. (1986). *Arch Dis Child.* 61: 1215-1218.

POTTER JM, NESTEL PJ. The effects of dietary fatty acids and cholesterol on the milk lipids of lactating women and the plasma cholesterol of breast-fed infants. (1976). *Am J Clin Nutr.* 29: 54-60.

PLATA E. Aspectos prácticos de la alimentación al pecho. (1978). *Anales Nestlé.* Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A. 48: 86.

PRATT HF. Breastfeeding and eczema. (1984). *Early Hum Dev.* 9: 283-290.

PRATT WR. Allergic diseases in pregnancy and breastfeeding. (1981). *Ann Allergy.* 47: 355-360.

PREMA K, NAIDU AN, KUMARI SN. Lactación y fertilidad. (1980). *Am J Clin Nutr.* 32: 1298-1303.

PRENTICE A, PRENTICE AM, COLE TJ, PAUL AA, WHITEHEAD RG. Breast- milk antimicrobial factors of rural Gambian mothers. I. Influence of stage of lactation and maternal plane of nutrition. (1984a). *Acta Paediatr Scand.* 73: 796-802.

PRENTICE A, WATKINSON M, PRENTICE AM, COLE TJ, WHITEHEAD RG. Breast-milk antimicrobial factors of rural Gambian mothers. II. Influence of seasons and infection's prevalence. (1984b). *Acta Paediatr Scand.* 73: 803-810.

PROYECTO UNIVERSITARIO PAIDOS-84. Estudio epidemiológico sobre nutrición y obesidad infantil. (1984). Madrid. Danone S.A.

PUGA M, BODALO A. Alimentación infantil: desde la lactancia hasta el beikost en una población marginal. (1991). *Páginas de Salud.* Consejería de Salud del Servicio Regional de Salud de la Comunidad de Madrid. 1: 40-63.

PURSALL EW, JEPSON ME, SMITH BAM, EMERY JL. Breast-feeding and mother's education. (1978). *Lancet.* ii: 734-735.

PUYUELO P, ZUBIAURRE B, ANTON R, ACIN P, GARCIA A, ROS L. Agua corriente o agua embotellada en la preparación de los biberones. (1988). *An Esp Pediatr.* Libro de Comunicaciones. XVII Congreso Español de Pediatría.: 46.

RADIUS SM, JOFFE A. Comprensión de los sentimientos de la madre adolescente con respecto al amamantamiento: un estudio de los beneficios y los inconvenientes percibidos. (1988). *J Adolesc Health Care.* 9: 156-160.

RAMADA A, GARCIA LA, SELLES H, MATEOS T, JARA J. Lactancia natural. ¿Una realidad?. (1986). *An Esp Pediatr.* 25 (suppl 26): 62.

RAMADA A, RODRIGUEZ-ESTECHAP, GARCIA LA. Evolución de la alimentación del lactante. (1990). *An Esp Pediatr.* 33 (s.43bis): 172.

RAMADA A, GARCIA LA, RODRIGUEZ-ESTECHAP. Lactancia y crecimiento en el primer trimestre de vida. (1991). *An Esp Pediatr.* 35: 90- 92.

RAMOS I, VALLS A, RAMOS A. Tendencias actuales de la alimentación del lactante en nuestro medio. (1983). *An Esp Pediatr.* 18: 82-83.

RAMOS I. Alimentación del niño en el primer año. (1985). *An Esp Pediatr.* 22 (s23): 222-227.

RAMOS ML, MARTIN JL, PASTOR T, BONAL P, LOPEZ JJ, FERNANDEZ N, VELAZCO J. Nivel socioeconómico e infecciones respiratorias en lactancia materna y artificial. (1989). *An Esp Pediatr.* 31 (suppl 39bis): 65.

RASSIN DK, RICHARDSON CJ, BARANOWSKI T, NADER PR, GUENTHER N, BEE DE, BROWN JP. Incidence of breast feeding in a low socioeconomic group of mothers in The United States: Ethnic patterns. (1984). *Pediatrics*. 73: 132-137.

READ LC, UPTON FM, FRANCIS GL, WALLACE JC, DAHLENBERG GW, BALLARD FJ. Changes in the growth-promoting activity of human milk during lactation. (1984). *Pediatr Res*. 18: 133-139.

REDDY V, BHASKARAN C, RAGHURAMULUN, JAGADEESAN V. Antimicrobial factors in human milk. (1977). *Acta Paediatr Scand*. 66: 229-232.

REIFF MI, ESSOCK-VITALE SM. Hospital influences on early infant- feeding practices. (1985). *Pediatrics*. 76: 872-879.

RENIERS JR, PEETERS RF, MEHEUS AZ. Breastfeeding in the industrialized world. Review of the literature. (1983). *Rev Epidemiol Sante Publique*. 31: 375-407.

RIBO MA, CASTELLA MA, MAZA JM. Prácticas de nutrición infantil en el primer año y nivel de conocimientos de las madres. (1983). Premio Nestlé Nutrición Infantil. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 399-439.

RICO JL, PARICIO JM, MORANT M. Incidencia de lactancia materna en la residencia comarcal de Gandía en 1980 y 1981. (1982). *An Esp Pediatr*. 17 (suppl 16): 151-152.

RIGO J, SENTERRE J. Is taurine essential for the neonates?. (1977). *Biol Neonate*. 32: 73-76.

RINGLER NM, KENNEL JH, JARVELLA R, NAVOJOSKY BJ, KLAUS MH. Mother-to-child speech at 2 years. Effects of early postnatal contact. (1975). *J Pediatr*. 86: 141-144.

RIVERA R, KENNEDY KI, ORTIZ E, BARRERA M, BHIWANDIWALA PP. Breast-feeding and the return to ovulation in Durango, Mexico. (1988). *Fertil Steril*. 49: 780-787.

RIVERA-CALIMLIM L. Importancia de los medicamentos en la leche. (1987). *Clin Perinatol (ed esp)*. 1:53-72.

ROBSON KS, MOSS HA. Patterns and determinants of maternal attachment. (1970). *J Pediatr*. 77: 976-985.

RODDEY OF Jr, MARTIN ES, SWETENBURG RL. Critical weight loss and malnutrition in breast-fed infants. (1981). *Am J Dis Child*. 135: 597-599.

RODRIGUEZ JA. Desigualdades sanitarias en España (II). (1988). El Médico. Madrid. SANED S.A. 29-1-88. Nº 260: 56-60.

RODRIGUEZ MC. Estudio de la capacidad funcional de los macrófagos de leche de madre a término y pretérmino. (1986). Tesis doctoral. Madrid. Universidad Complutense.

RODRIGUEZ JC, DOMENECH E, SANCHEZ C, ORMAZABAL C. Leche materna. Estudio de sus componentes celulares y de su contenido en inmunoglobulinas y fracciones del complemento en relación con sus niveles séricos en puérperas y neonatos. (1985). Premio Nestlé Nutrición Infantil. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 245-270.

RODRIGUEZ JR, VAZQUEZ B, NAVAS A, ROMERO J, GALLEGO AM, TRABADO E. Dificultades más frecuentes encontradas a la lactancia materna en la U.P.S.E. de San Jerónimo perteneciente a la zona básica de salud del distrito Sevilla-Macarena. (1988). An Esp Pediatr. Libro de Comunicaciones. XVII Congreso Español de Pediatría.: 104.

RODRIGUEZ-ALARCON GOMEZ J. Composición en ácidos grasos del contenido lipídico total del plasma en el recién nacido normal. Influencia del tipo de lactancia. (1985). Tesis doctoral. Bilbao. Universidad del País Vasco.

RODRIGUEZ-ESCUDERO FJ. La influencia de los factores socio- económicos, personales y culturales sobre la morbilidad perinatal. (1976). Tesis doctoral. Bilbao. Universidad de Bilbao.

RODRIGUEZ JR. Adaptación de la función renal desde el nacimiento al primer año de edad. (1988). Destete ¿Por qué, cómo, cuándo?. Nestlé Nutrition. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 16-19.

ROGAN WJ, BAGNIEWSKA A, DAMSTRA T. Pollutants in breast milk. (1980). N Engl J Med. 302: 1450-1453.

ROGAN WJ, GLADEN BC, MACKINNEY JD. Polychlorinated biphenyls (PCBs) and dichlorodiphenyl dichloroethene (DDE) in human milk: effects on growth, morbidity, and duration of lactation. (1987). Am J Public Health. 77: 1294-1297.

ROJAS R. Guía para realizar investigaciones sociales. (1977). 1ª ed. Serie: Estudios 51. México D.F. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

ROJAS R. Elementos para la conceptualización del proceso salud- enfermedad. Hacia una definición de la salud y la enfermedad. In: Rojas Soriano R. ed. Capitalismo y enfermedad. (1983) 3ª ed. México Folios Ediciones S.A.

ROMA E, ESCRIVA J, GARCIA MR. Repercusión sobre el lactante de los medicamentos administrados a madres ingresadas en un hospital maternal. (1991). *Farmacia Hospitalaria*. 15, supl 1: 39-45.

ROMERO M. La lactancia en la obra de Concepción Arenal. (1986). *JANO*. XXX: 1255-1265.

ROONEY TW, LORBER A, VENG-PEDERSEN P, HERMAN RA, MEECHAN R, HADE J, HADE A, FIRST DE. Farmacocinética del oro en la leche y el suero de una mujer que amamantaba. (1987). *J Rheumatol*. 14: 1120- 1122.

ROSA F. Breastfeeding in family planning. (1975). Protein Advisory Group. *FAO/WHO Bull*. 5: 5-10.

ROSENTHAL A. Cómo distinguir los soplos inocentes y los patológicos en la infancia. (1984). *Pediatr Clin North Am (esp)*. 31: 1243-1254.

ROSS SM, LOENING WEK, MBELE BE. Breast-feeding support. (1987). *S Afr Med J*. 72: 357-358.

ROVAMO LM, SALMENPERÄ L, ARJOMAA P, RAIVIO KO. Carnitine during prolonged breast feeding. (1986). *Pediatr Res*. 20: 806-809.

ROYER P. Alimentation des hommes et nutrition de l'enfant: un cri d'alarme pour le futur. (1980). *Arch Fr Pediatr*. 37: 149-151.

RUBIN DH, LEVENTHAL JM, KRASILNIKOFF PA, KUO HS, JEKEL JF, WEILE B. Relationship between infant feeding and infectious illness: a prospective study of infants during the first year of life. (1990). *Pediatrics*. 85: 464-471.

RUIZ C, RUIZ M, SANCHEZ D, GARZON P, SALGADO L, SANCHEZ ML. Influencia del nivel socioeconómico en la natalidad, alimentación y somatometría del primer año de vida. (1989). *An Esp Pediatr*. 30, s36: 59.

RUIZ C. Educación individualizada a padres y cuidadores como medio para modificar los hábitos dietéticos del primer año de vida. (1991). *Bol Pediatr*. 32: 33-38.

RUIZ FJ, CRAVIOTO A. Factores que afectan la duración de la lactancia al seno materno en una cohorte de madres urbanas seguidas longitudinalmente. (1989). *Bol Med Hosp Infant Mex*. 46: 705-708.

RUIZ M, ALVAREZ WL, COTONAT MT, RINCON P. Efectos de la lactancia natural a corto y largo plazo sobre los niveles de colesterol. (1981). En: Nestlé ed. *Premio de Nutrición infantil*. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 11-39.

RUIZ M, ALVAREZ WL, COTONAT MT, RINCON P, GUTIERREZ T. Efecto a largo plazo de la lactancia natural sobre los niveles séricos de colesterol. (1983). *An Esp Pediatr.* 18: 83.

RUMEAU-ROUQUETTEC, CROST M, BREART G, MAZAUBRUN C. Évolution de l'allaitement maternel en France entre 1972 et 1976. (1980). *Arch Franç Pédiatr.* 37: 331-335.

RYAN AS, MARTINEZ GA. Breast-feeding and the working mother: a profile. (1989). *Pediatrics.* 83: 524-531.

RYAN AS, RUSH MD, KRIEGER FW, LEWANDOWSKI GE. Recent declines in breast-feeding in the United States, 1984 through 1989. (1991). *Pediatrics.* 88: 719-728.

RYNER CR. The correction of permanently inverted nipples. (1980). *Brit J Plast Surg.* 33: 413-416.

RYU JE, ZIEGLER EE, FOMON SJ. Maternal lead exposure and blood lead concentration in infancy. (1978). *J Pediatr.* 93: 476-478.

SAARINEN UM. Need for iron supplementation in infants on prolonged breast feeding. (1978). *J Pediatr.* 93: 177

SAARINEN UM, PELKONEN P, SIIMES MA. Serum immunoglobulin A in healthy infants: An accelerated postnatal increase in formula-fed compared to breast-fed infants. (1979a). *J Pediatr.* 95: 410-412.

SAARINEN UM, SIIMES MA. Iron absorption from breast milk, cow's milk, and iron-supplemented formula: An opportunistic use of changes in total body iron determined by hemoglobin, ferritin, and body weight in 132 infants. (1979b). *Pediatr Res.* 13: 143- 147.

SAARINEN UM, BJÖRKSTEN F, KNEKT P, SIIMES MA. IgE sérica en lactantes sanos alimentados a pecho o con fórmula a base de leche de vaca. (1979c). *Clin Allergy.* 9: 339-345.

SAARINEN UM, BACKMAN A, KAJOSAARI M, SIIMES MA. Amamantamiento prolongado como preventivo de la atopia. (1979d). *Lancet.* II: 163-166.

SAARINEN UM. Prolonged breastfeeding as prophylaxis for recurrent otitis media. (1982). *Acta Paediatr Scand.* 71: 567-571.

SABATE F. Las encuestas de alimentación y nutrición en España. Bibliografía 1939-1979. (1984). *Rev San Hig Pub.* 58: 1117-1132.

SABIN AB, FIELDSTEEL AH. Antipoliomyelitic activity of human and bovine colostrum and milk. (1986). *Pediatrics*. 29: 105

SAIGAL S, NELSON NM, BENNETT KJ, ENKIN MW. Observations on the behavioral state of newborn infants during the first hour of life. A comparison of infants delivered by the Leboyer and conventional methods. (1981). *Am J Obstet Gynecol*. 139: 715-719.

SALAMERO M, DIAZ MUNGUÍA JM, ATXOTEGUI J, TIZON JL, SAN JOSE J. La lactancia materna en España en los años 1955-1959. (1982). *Rev Esp Pediatr*. 38: 435-449.

SALARIYA EM, EASTON PM, CATER JL. Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. (1978). *Lancet*. II: 1141-1143.

SALBER EJ, FEINLEIB M. Breast-feeding in Boston. (1966). *Pediatrics*. 37: 299-303.

SALMENPERÄ L. Vitamin C nutrition during prolonged lactation: optimal in infants while marginal in some mothers. (1984). *Am J Clin Nutr*. 40: 1050-1056.

SALMENPERÄ L, PERHEENTUPAJ, SIIMES MA. Exclusively breast-fed healthy infants grow slower than reference infants. (1985). *Pediatr Res*. 19: 307-312.

SALVADOR RM, GONZALEZ C, GIMENEZ C, MIR I, GIMENEZ S. Prevalencia de la lactancia materna en Barcelona. (1988a). *An Esp Pediatr*. Libro de Comunicaciones. XVII Congreso Español de Pediatría.: 105.

SALVADOR RM, GONZALEZ C, GIMENEZ C, MIR I, GIMENEZ S. Promoción de la lactancia materna en el curso de preparación al parto. (1988b). *An Esp Pediatr*. Libro de Comunicaciones. XVII Congreso Español de Pediatría.: 105.

SAMEROFF AJ. Psychological needs of the mother in early mother- infant interactions. (1981). In: Avery GB ed. *Neonatology*. 2nd ed. Pathophysiology and management of the Newborn. Philadelphia, Toronto. JB Lippincott Co.: 303-321.

SAMUELS SE, MARGEN S, SCHOEN EJ. Incidence and duration of breast-feeding in a health maintenance organization population. (1985). *Am J Clin Nutr*. 42: 504-510.

SANCHEZ E, SANCHEZ M, ALONSO M. Lactancia materna. (1984). *JANO*. 598: 35-44.

SANCHEZ E, SANCHEZ M, ALONSO M, MARTINEZ MJ. Crecimiento deficiente de causa malnutricional y digestiva. (1985). *An Esp Pediatr*. 22 (suppl 21): 54-63.

SANCHEZ E. La alimentación y el medio ambiente. (1989). *Pediatrica*. 9 (10): 419-423.

SANCHEZ E, SANCHEZ M, ALONSO M. Lactancia materna. (1989b). *JANO*. 589: 35-46.

SANCHEZ-VALVERDE F, OLIVERA JM, HERAS JA, MARTINEZ MN, SANCHEZ M, SANZ JM, ALDANA F, OLLAQUINDIA P, ELCARTE RM, SOLA A. Estudio sociosanitario sobre la incidencia y duración de la lactancia materna en Navarra. (1988). Premios Nutrición infantil Nestlé 1987. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 299-344.

SANCHEZ-VALVERDE F. Alimentación durante el primer año de vida en Navarra. (1990). Departamento de salud del Gobierno de Navarra.

SANCHEZ-VALVERDE F, DIAZ A, BARRIENDOS M, OLIVERA JE. Evolución de la alimentación de primer año de vida en Navarra. Evaluación de un quinquenio. (1991a). Libro de resúmenes de las comunicaciones de la XXIII Reunión anual de la Asociación Española de Pediatría. pag 161.

SANCHEZ-VALVERDE F, SATRUSTEGUI F, MONTESINOS J, LECUMBERRI A, ELISO J, OLLAQUINDIA P. ¿Por qué introducimos la lactancia materna en los recién nacidos?. (1991b). Libro de resúmenes de las comunicaciones de la XXIII Reunión anual de la Asociación Española de Pediatría. pag 161.

SAND EA, EMERY-HAUZEUR CI. Prévalence de l'allaitement maternel en Belgique. (1973). *Arch Franç Pédiatr*. 30: 363-380.

SANJURJO P, RODRIGUEZ-ALARCON J, RODRIGUEZ-SORIANO J. Plasma fatty acid composition during the first week of life following feeding with human milk or formula. (1988). *Acta Paediatr Scand*. 77: 202-206.

SANLORIEN A, VALLS X. La influencia del paro en la salud. (1988). *JANO*. 34: 1839-1848.

SANTOS I, VASQUEZ E, NAPOLES F. Hábitos de lactancia materna en colonias marginadas de Guadalajara. (1990). *Bol Med Hosp Infant Mex*. 47: 318-323.

SANTOS L, SALOM A, PARICIO J, DE CASTRO P, BENAC M. Encuesta realizada a 549 madres de L'Horta (Burjassot), la Safor (Gandía) y la Marina Alta (Xàbia). II. Duración de la lactancia materna. Relación con factores socioculturales. (1982). *An Esp Pediatr*. 17 (suppl 16): 154-155.

SANZ J, CARBONE A, GALLEGO A, MARTINEZ P, MATEO JM, APARICIO M, MARTIN C, MORA B, PEREZ J. Lactancia materna en nuestro medio. Características y factores que la modifican. (1991). *An Esp Pediatr*. 35 (s45): 61-62.

-
- SARDHARWALLA IB, WRAITH JE.** Galactosaemia. (1987). *Nutr Health*. 5: 175-188.
- SARETT HP, BAIN KR, O'LEARY JC.** Decisions on breast-feeding or formula feeding and trends in infant-feeding practices. (1983). *Am J Dis Child*. 137: 719-725.
- SARRION M.** Alimentación, crecimiento y desarrollo de una muestra de niños de Cuenca. (1986). Tesina de licenciatura. Universidad Complutense. Madrid.
- SATTER EM.** The feeding relationship. (1986). *JADA*. 86: 352-356.
- SAULS HS.** Potential effect of demographic and other variables in studies comparing morbidity of breast-feed and bottle-feed infants. (1979). *Pediatrics*. 64: 523-527.
- SAVILATHI E, JÄRVENPÄÄ AL, RÄIHÄ N.** Serum immunoglobulin in preterm infants: Comparison of human milk and formula feeding. (1983). *Pediatrics*. 72: 312-316.
- SAVILAHTI E, KUITUNEN P, VISAKORPI JK.** Alergia a la leche de vaca. (1985). In: Lebenthal E. ed. *Gastroenterología y nutrición en pediatría*. Barcelona Salvat Ed.: 661-680.
- SAVILAHTI E, SALMENPERÄ L, TAINIO V-M, HALME H, PERHEENTUPA J, SIIMES MA.** Prolonged exclusive breast-feeding results in low serum concentrations of immunoglobulin G, A and M. (1987). *Acta Paediatr Scand*. 76: 1-6.
- SCHMITT BD.** Colic: Excessive crying in newborns. (1985). *Clin Perinatol*. 12: 441-451.
- SCHMITT BD.** The prevention of sleep problems and colic. (1986). *Pediatr Clin North Am*. 33: 763-773.
- SCHMITZ J, MCNEISH AS.** Desarrollo de la estructura y función del tracto gastrointestinal: su importancia en relación con el destete. (1988). *Destete ¿Por qué, cómo, cuándo?*. Nestlé Nutrition. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 6-11.
- SCHREINER RL, COATES T, SHACKELFORD PG.** Possible breast milk transmission of group B Streptococcal infection (letter to editor). (1977). *J Pediatr*. 91: 159.
- SCHULZ-LELL G, BUSS R, OLDIGS HD.** Iron balances in infant nutrition. (1987). *Acta Paediatr Scand*. 76: 585-591.
- SCHUTZMAN DL, HERVADA AR, BRANCA PA.** Effect of water supplementation of full-term newborns on arrival of milk in the nursing mother. (1986). *Clin Pediatr Phila*. 25: 78-80.
-

-
- SEARA G, ALONSO T.** Lactancia artificial. (1982). *Nutrición Clínica*. 2: 36–45.
- SELLES H, GARCIA LA, RAMADA A.** Diferencias antropométricas de los distintos tipos de lactancia. (1987). *An Esp. Pediatr*. 27: 9.
- SEWARD JF, SERDULA MK.** Infant feeding and infant growth. Task force on infant feeding practices. (1984). *Pediatrics*. 74 (4 Pt 2): 728–760.
- SHAFFER SG, QUIMIRO CL, ANDERSON JV.** Postnatal weight changes in low birth weight infants. (1987). *Pediatrics*. 79: 702– 705.
- SHAHANI KM, KWAN AJ, FRIEND BA.** Role and significance of enzymes in human milk. (1980). *Am J Clin Nutr*. 33: 1861–1868.
- SHAPIRO AD, JACOBSON LJ, ARMON ME.** Vitamin K deficiency in the newborn infant: prevalence and perinatal risk factors. (1986). *J Pediatr*. 109: 675–680.
- SHOHAM-YAKUBOVICH I, PLISKIN JS, CARR D.** Infant feeding practices: an evaluation of the impact of a health education course. (1990). *Am J Public Health*. 80: 732–734.
- SIIMES MA, SALMENPERÄ L, PERHEENTUPA J.** Exclusive breast-feeding for 9 months: Risk of iron deficiency. (1984). *J Pediatr*. 104: 196–199.
- SILVA LC, BAONZA I, AMADOR M.** Epidemiología de la lactancia materna: prevalencia y duración. (1991). *Atención Primaria*. 6: 455–459.
- SINNIAH D, CHON FM, AROKIASAMY J.** Infant feeding practiques among nursing personnel in Malaysia. (1980). *Acta Paediatr Scand*. 69: 252–259.
- SJÖLIN S, HOFVANDER Y, HILLERVIK C.** Factors related to early termination of breast feeding. A retrospective study in Sweden. (1977). *Acta Paediatr Scand*. 66: 505–511.
- SJÖLIN S, HOFVANDER Y, HILLERVIK C.** A prospective study on individual courses of breastfeeding. (1979). *Acta Paediatr Scand*. 68: 521–529.
- SLADE HB, SCHWARTZ SA.** Mucosal immunity: the immunology of breast milk. (1987). *J Allergy Clin Immunol*. 80: 348–358.
- SLAVEN S, HARVEY D.** Unlimited suckling time improves breastfeeding. (1981). *Lancet*. I: 392–393.
-

SLOPER K, ELSDEN E, BAUM JD. Increasing breast feeding in a community. (1977). *Arch Dis Child*. 52: 700–702.

SMITH B. Síndrome de insuficiencia de leche en los países en desarrollo. (1983). Libro de Actas de la IV Reunión Anual de la Asociación Latino-Americana de Pediatría (ALAPE). Lisboa.

SMITH DP. Breastfeeding, contraception, and birth intervals in developing countries. (1985). *Stud Fam Plann*. 16: 154–163.

SMITH JC, MHANGO CG, WARREN CW, ROCHAT RW, HUFFMAN SL. Trends in the incidence of breastfeeding for Hispanics of Mexican origin and Anglos on the US–Mexico border. (1982). *Am J Public Health*. 72: 59–61.

SOLARIYA EM, EASTON PM, CATER JI. Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. (1978). *Lancet*. II: 1141–1143.

SOSA R, KENNEL JH, KLAUS MH, URRUTIA JJ. The effect of early mother–infant contact on breast feeding, infection and growth. (1976). In *Breastfeeding and the mother*. Ciba Foundation Symposium (New series). Amsterdam. Elsevier Publishing Co.: 179– 193.

SOSA R, KENNEL JH, KLAUS MH, ROBERTSON S, URRUTIA J. The effect of a supportive companion on perinatal problems, length of labor, and mother–infant interaction. (1980). *N Engl J Med*. 303: 597– 600.

SPECKER BL, VALANIS B, HERTZDBERG V, EDWARDS N, TSANG RC. Sunshine exposure and serum 25–hydroxyvitamin D concentrations in exclusively breast-fed infants. (1985a). *J Pediatr*. 107: 372–376.

SPECKER BL, TSANG RC, HOLLIS BW. Effect of race and diet on human–milk vitamin D and 25–hydroxyvitamin D. (1985b). *Am J Dis Child*. 139: 1134–1137.

SPEER CHP, GAHR M, PABST MJ. Metabolismo oxidativo asociado a fagocitosis en los macrófagos de la leche humana. (1986). *Acta Paediatr Scand* (ed esp). 3: 481–488.

SPOCK B. Tu hijo. (1985). Madrid, Barcelona, México. Daimon.

STAGNO S, REYNOLDS DW, PASS RF, ALFORD CA. La leche de madre y el riesgo de infección por citomegalovirus. (1980). *N Engl J Med*. 302: 1073–1076.

STÅHLBERG M–R. Breast-feeding and social factors. (1985). *Acta Paediatr Scand*. 74: 36–39.

STÅHLBERG M-R, RUUSKANEN O, VIROLAINEN E. Risk factors recurrent otitis media. (1986). *Pediatr Infect Dis.* 5: 30–32.

STAMLER J, STAMLER R. Intervention for the prevention and control of hypertension and atherosclerosis diseases: United States and International experience. (1984). *Am J Med.* 76 (2A): 13–36.

STARLING J, FERGUSSON DM, HORWOOD LJ, TAYLOR B. Exitos y fracasos del amamantamiento. (1979). *Aust Paediatr J.* 15: 271–274.

STAVENHAGEN R. Clases sociales y estratificación. In: Birnbaum N, Fotia M, Kolinsky M, Wolpe H, Stavenhagen R. eds. *Las clases sociales en la sociedad capitalista avanzada.* (1976). 2ª ed. Barcelona. Ediciones Península.

STEPHENS S, KENNEDY CR, LAKHANI PK, BRENNER MK. Respuestas inmunológicas in vivo al antígeno del toxoide tetánico y a la flora intestinal en lactantes con lactancia materna. (1984). *Acta Paediatr Scand* (ed esp). 73: 425–431.

STEPHENS S, BRENNER MK, DUFFY SW, LAKHANI PK, KENNEDY CR, FARRANT J. The effect of breast-feeding on proliferation by infant lymphocytes in vitro. (1986). *Pediatr Res.* 20: 227–231.

STRODE MA, DEWEY KG, LÖNNERDAL B. Effects of short-term caloric restriction on lactational performance of well-nourished women. (1986). *Acta Paediatr Scand.* 75: 222–229.

STOPPARD M. Las primeras semanas de la vida. (1989). Madrid. McGraw-Hill Interamericana de España.

SVABIC-VLAHOVIC M, PANTIC D, PAVICIC M, BRYNER JHY. Transmission of listeria monocytogenes from mother's milk to her baby and to puppies. (1988). *Lancet.* II: 1201.

SWARTZ WH, SWARTZ JV. Cuidado de maternidad centrado en la familia: su relación con la regionalización perinatal y con el cuidado intensivo neonatal. (1976). *Clin Perinatol* (ed esp). 2: 433–441.

SWITZSKY LT, VIETZE P, SWITZSKY NN. Attitudinal and demographic predictors of breastfeeding and bottlefeeding behavior of mothers of six-week-old infants. (1979). *Psychol Res.* 45: 3–14.

TAITZ LS. Breast feeding trends in Sheffield, 1976–1982. (1983). *Br Med J.* 287: 648

TAMMINEN T, VERRONEN P, SAARIKOSKI S, GÖRANSSON A, TUOMIRANTA H. The influence of perinatal factors on breast feeding. (1983). *Acta Paediatr Scand.* 72: 9–12.

TAUBMAN B. Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent–infant interaction. (1984). *Pediatrics* 74: 998–1003.

TAUBMAN B. Parental counseling compared with elimination of cow's milk or soy milk protein for the treatment of infant colic syndrome: a randomized trial. (1988). *Pediatrics*. 81: 756–761.

TAYLOR B, WADSWORTH J, GOLDING J, BUTLER N. Breast feeding, eczema, asthma, and hayfever. (1983). *J Epidemiol Community Health*. 37: 95–99.

TAYLOR PM, MALONI JA, TAYLOR FH, CAMPBELL SB. II.Extra early mother–infant contact and duration of breast–feeding. (1985). *Acta Paediatr Scand. Suppl* 316: 15–22.

TAYLOR PM, MALONI JA, BROWN DR. Early suckling and prolonged breast–feeding. (1986). *Am J Dis Child*. 140: 151–154.

TEJEDOR V. Evolución histórica de la alimentación del lactante con especial referencia a los últimos 25 años. (1988). Madrid. Publicación Alter.

TEJEDOR V, CABELLO A, GONZALEZ D, PERDOMO M, TIRADO M. Estudio de la lactancia materna en los últimos 6 años. (1990). *An Esp Pediatr*. 33 (s.43bis): 152.

TEMBOURY MC, DEL OLMO R, CARBONEL L, AYERDI ML. Prevalencia de lactancia materna y motivos de abandono. (1988). *An Esp Pediatr. Libro de Comunicaciones. XVII Congreso Español de Pediatría.*: 105.

TEMBOURY MC, DEL OLMO MR, TOMAS M. Incidencia y duración de la lactancia materna en una población del extrarradio de Madrid. (1990a). *Pediatika*. 10: 30–33.

TEMBOURY MC, POLANCO I, OTERO A, ARRIBAS E, TOMAS M, RUIZ F. Desarrollo verbal del preescolar: diferencias entre los alimentados con lactancia natural y artificial. (1990b). *An Esp Pediatr*. 33 (41s): 110–111.

TEMBOURY MC, POLANCO I, OTERO A, TOMAS M, RUIZ F, DEL OLMO R. Influencia de las rutinas de la maternidad en la lactancia materna. (1990c). *An Esp Pediatr*. 33 (s.43bis): 135.

TEMBOURY MC, POLANCO I, OTERO A, BONET C, SAN FRUTOS MA, REDONDO MP, DE LA FUENTE MD. Características sociofamiliares que dificultan la lactancia materna en el extrarradio metropolitano. (1990d). *An Esp Pediatr*. 33 (s.43bis): 166.

TEMBOURY MC, POLANCO I, OTERO A, TOMAS M, RUIZ F, MARCOS MA. Sugerencias para promocionar la lactancia materna: importancia de la fuente de información utilizada por las madres. (1990e). *An Esp Pediatr.* 33 (s.43bis): 166.

TEMBOURY MC, POLANCO I, OTERO A, TOMAS M, RUIZ F, MARCOS MA. Influencia de la lactancia materna en la morbilidad y en la utilización de servicios sanitarios del lactante. (1991). *MEDIFAM.* 1: 16–20.

THOMAS DW, MCGILLIGAN K, EISENBERG LD, LIEBERMAN HM, RISSMAN EM. Infantile colic and type of milk feeding. (1987). *Am J Dis Child.* 141: 451–453.

THORPE LW, RUDLOFF HE, POWELL LC, GOLDMAN A. Decreased response of human milk leukocytes to chemoattractant peptides. (1986). *Pediatr Res.* 20: 373–377.

TIZON JL, SALAMERO M, DIAZ-MUNGUIRA JM, SAN JOSE J. Lactancia materna y ecología. Escotomas, dogmas y mitos. (1983). *JANO.* 561: 32–36.

TIZON J, ATXOTEGI J, SAN JOSE J, SAINZ F, PELLEGERO N, SALAMERO M. La migración como factor de riesgo psicosocial y somático (I). (1988). *JANO.* 34: 1810–1816.

TODD J, BERNSTEIN DV. Atención de enfermería centrada en la familia. (1983). En: Avery GB ed. *Neonatología.* 2ª ed. Argentina. Inter-médica editorial.: 77–87.

TOGNETTI J. Evaluating breastfeeding promotion programmes. (1988). In: Jelliffe DB, Jelliffe EFP eds. *Programmes to promote breastfeeding.* Oxford. Oxford University Press.: 405–419.

TOJO R, PAVON P, IGLESIAS M, ARMADA A, GIL B, LOPEZ M, CRUCES M, VIDAL C. Alimentación en el primer año de vida: Interrelaciones entre el tipo de alimentación, la patología nutricional e infecciosa y el crecimiento. (1981). VI Reunión de la Sección de Gastroenterología Infantil y Nutrición de la AEP. Libro de Ponencias. Isla de La Toja. 95–115.

TOJO R, PAVON P, COUCE ML, ANTELO J. Calendario de alimentación. Interrelación entre necesidades nutricionales y el desarrollo y maduración psicomotora, intestinal y renal. (1987). In: M Pombo y JM Martín eds. *Problemas de atención y prevención primaria en Pediatría.* Santiago de Compostela.: 33–34.

TOMOMASA T, HYMAN PE, ITOH K, HSY JY, KOIZUMI T, ITOH Z, KUROUME T. Gastroduodenal motility in neonates: response to human milk compared with cow's milk formula. (1987). *Pediatrics.* 80: 434–438.

TORMO R. Alimentación inadecuada. (1982). *An Esp Pediatr.* 17 suppl 12: 85–121.

- TORMO R.** Alimentación en el primer año de la vida. (1983). MTA- Pediatría. 4: 223-255.
- TRONCONE R, SCARCELLA A, DONATIELLO A, CANNATARO P, TARABUSO A, AURICCHIO S.** Passage of gliadin into human breast milk. (1987). 76: 453-456.
- TUNNESSEN WW, OSKI FA.** Consequences of starting whole cow milk at 6 months of age. (1987). J Pediatr. 111: 813-816.
- ULRICH M.** Fetal growth pattern in a population of Danish newborn infants. II. Fetal growth pattern in normal mature newborn infants in relation to social status, maternal weight and employment outside the home. (1982). Acta Paediatr Scand. Suppl 292.
- UNDERWOOD BA, HOFVANDER Y.** Appropriate timing for complementary feeding of the breastfed infant. A review. (1982). Acta Paediatr Scand. suppl 294: 5-32.
- URRACA S.** El apoyo social en la salud y en la enfermedad. (1990). JANO. 38 (898): 1077.
- USANDIZAGA JM, LOPEZ M, APELLANIZ A, ETXEVARRIA J.** Porvenir de la lactancia materna en el puerperio. (1988). In: Sáenz de Buruaga J, González de Galdeano L, Goiriena de Gandarias JJ. eds. Problemas de la nutrición en las sociedades desarrolladas. Barcelona. Salvat Editores S.A. : 298-301.
- UTRILLA M.** ¿Son los padres culpables?. (1985). Madrid. Narcea S.A. de Ediciones.
- VAHLQUIST B.** Evolution of breastfeeding in Europe. (1975). J Trop Pediatr. 21: 11-18.
- VAHLQUIST B.** Introduction. (1981). In: WHO ed. Contemporary patterns of breastfeeding. Report on the WHO collaborative study on breastfeeding. Geneva. WHO.
- VALDES JL, BERNAL MP, VILLAESCUSA M, JIMENEZ JF.** Estudio de la lactancia materna en nuestro medio. (1991). Libro de resúmenes de comunicaciones de la XXIII Reunión anual de la Asociación Española de Pediatría. pag 173.
- VALLS A.** Estudio nutricional del niño en los dos primeros años. Introducción. (1985). An Esp Pediatr. 22 (s23): 217-218.
- VALLS A.** Alimentación durante el primer año. (1986). An Esp Pediatr. 25 (s26): 1-3.
- VALVERDE F, CASAS T.** Lactancia materna. (1982). Nutrición Clínica. 2: 25-35.

VAN ASPEREN PP, KEMP AS, MELLIS CM. Relationship of diet in the development of atopy in infancy. (1984). *Clin Allergy*. 14: 525– 532.

VAN DE PERRE P, SIMONON A, MSELLATI P, HITIMANA D-G, VAIRA D, BAZUBAGIRA A, VAN GOETHEM C, STEVENS A-M, KARITA E, SONDAG-THULL D, DABIS F, LEPAGE P. Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type I from mother to infant. (1991). *N Engl J Med*. 325: 593–598.

VAUGHAN VC. Developmental pediatrics. Growth and development. ((1983). In: Behrman RE and Vaughan VC eds. *Nelson's Textbook of Pediatrics*. 12th ed. Philadelphia. WB Saunders Co.: 10–38.

VAZQUEZ J, POLANCO MI. Síndrome del intestino contaminado en el niño. (1985). Premio Nestlé Nutrición Infantil. Barcelona. Sociedad Nestlé A.E.P.A.: 9–66.

VERKASALO M. Recent trends in breast-feeding in Southern Finland. (1980). *Acta Paediatr Scand*. 69: 89–91.

VERRONEN P, VISAKORPI JK, LAMMI A, SAARIKOSKI S, TAMMINEN T. Promotion of breast feeding: effect on neonates of change of feeding routine at a maternity unit. (1980). *Acta Paediatr Scand*. 69: 279–282.

VERRONEN P. Breast feeding: Reasons for giving up and transient lactational crisis. (1982). *Acta Paediatr Scand*. 71: 447–450.

VERRONEN P, TAMMINEN T. Factores que influyen sobre la lactancia materna (Carta al editor). (1984). *Acta Paediatr Scand* (ed esp). 2: 249–250.

VICTORA CG, VAUGHAN JP, MARTINES JC, BARCELOS LB. Is prolonged breast-feeding associated with malnutrition?. (1984). *Am J Clin Nutr*. 39: 307–314.

VICTORA CG, SMITH PG, VAUGHAN JP, NOBRE LC, LOMBARDI C, TEIXEIRA AMB, FUCHS S, MOREIRA LB, GIGANTE LP, BARROS FC. Infant feeding and deaths due to diarrhea. (1989). *Am J Epidemiol*. 129: 1032– 1041.

VICTORA CG, HUTTLY SR, BARROS FC, VAUGHAN JP. Caesarean section and duration of breast feeding among Brazilians. (1990). *Arch Dis Child*. 65: 632–634.

VICTORIA I, MORALES M, ALEGRIA A, LLOPIS A, BRINES J. Metales pesados en aguas de consumo público y alimentación del lactante. (1990). *An Esp Pediatr*. 33 (s.43bis): 152.

VILLEGAS V, LOPEZ P, RIQUELME M, RUBIO JM, PEREZ M^A, RINCON P. Evaluación de los factores socioeconómicos en la duración de la lactancia materna. (1991). *An Esp Pediatr.* 35 (s45): 134-135.

VISAKORPI JK. Introducción del beikost en nutrición infantil. (1981). VI Reunión de la Sección de Gastroenterología Infantil y Nutrición de la Asociación Española de Pediatría. Libro de Ponencias. Isla de La Toja. 51-87.

VI CONGRESO LATINO-AMERICANO Y XIII PANAMERICANO DE PEDIATRIA. Conclusiones. (1982). Lima.

VORHERR H. Contraception after abortion and postpartum. (1973). *Am J Obstet Gynecol.* 117: 1002-1025.

VORHERR H. Human lactation and breast feeding. (1978). In: Larson BL ed. *Lactation IV.* Academic Press.: 182-280.

WEICHERT CE. Recuperación del reflejo lactacional en el abandono del amamantamiento. (1979). *Pediatrics.* 63: 799-803.

WELSH JK, MAY JT. Anti-infective properties of breast milk. (1979). *J Pediatr.* 94: 1-9.

WENNBERG BALL-LLOVERA CA. Alletament matern en un nucli urba de poblacio. (1979). *Butlleti de la Societat Catalana de Pediatría.* 39: 381.

WEST CP. Factors influencing the duration of breast feeding. (1980). *J Biosoc Sci.* 12: 325-331.

WHARTON B. A quinquennium in infant feeding. (1982). *Arch Dis Child.* 57: 895-897.

WHARTON B. Nutrition in the 1980s. (1987). *Nutr Health.* 5: 211- 220.

WHICHELOW MJ. Cost of infant feeding. (1976). *Lancet.* I: 586.

WHICHELOW MJ, KING BE. Breast feeding and smoking. (1979). *Arch Dis Child.* 54: 240-241.

WHITEHEAD RG. The infant-food industry. (1976). *Lancet.* ii: 1192.

WHITEHEAD RG, PAUL AA. Infant growth and human milk requirements: A fresh approach. (1981). *Lancet.* II:161-163.

WHITEHEAD RG. The human weaning process. (1985a). *Pediatrics.* 75: 189-193.

WHITEHEAD RG, PAUL AA. Human lactation, infant feeding, and growth: Secular trends. (1985b). In: Gracey M, Falkner F, eds. Nutritional needs and assessment of normal growth. Nestlé Nutrition. Vevey/Raven Press. New York. Nestlé Nutrition Workshop series vol 7: 85–122.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Contemporary patterns of breastfeeding. Report on the WHO collaborative study on breastfeeding. (1981a). Geneva. WHO.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). International code for marketing of breastmilk substitutes. (1981b). Geneva. WHO.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Global strategy for health for all by the year 2000. (1981c). Geneva. WHO.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). The prevalence and duration of breast-feeding: a critical review of available information. (1982). World Health Stat Q. 35 (2): 92–116.

WHO/NRC. Breastfeeding and fertility regulation. Current knowledge and program policy implications. (1983). Bull WHO. 61: 371–382.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Special programme on AIDS. Breast-feeding, breast milk and human immunodeficiency virus. (1987). Geneva, Switzerland. World Health Organization.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Breast-feeding and child spacing. What health workers need to know. (1988). Geneva, Switzerland. World Health Organization.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Research on improving infant feeding practices to prevent diarrhoea or reduce its severity: memorandum from a JHU/WHO meeting. (1989). Bull WHO. 67: 27–33.

WIDERSHOVEN J, LAMBERT W, MOTOHARA K, MONNENS L, LEENHEER A, MATSUDA I. Plasma concentrations of vitamin K1 and PIVKA-II in bottle-fed and breast-fed infants with and without vitamin K prophylaxis at birth. (1988). Eur J Pediatr. 148: 139–142.

WILKINSON PW. When and why are babies weaned?. (1978). Br Med J. 1: 1682–1683.

WINFIELD CR, MacFAUL R. Clinical study of prolonged jaundice in breast –and bottle– fed babies. (1978). Arch Dis Child. 53: 506– 507.

WINIKOFF B, BAER E. The obstetrician's opportunity: translating "breast is best" from theory to practice. (1980). Am J Obstet Gynecol. 138: 105–117.

WINIKOFF B, LAUKARAN VH, MYERS D, STONE R. Dynamics of infant feeding: mothers, professionals, and the institutional context in a large urban hospital. (1986). *Pediatrics*. 77: 357–365.

WINNICOTT DW. Conozca a su niño. Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia. 2ª ed. (1970). Buenos Aires. Paidós Editorial.

WINNICOTT DW. Los bebés y sus madres. 1ª ed. (1990). Barcelona. Editorial Paidós.

WOOLRIDGE MW. Colic, "overfeeding", and symptoms of lactose malabsorption in the breast-fed baby: a possible artifact of feed management?. (1988). *Lancet*. 2: 382–384.

WORTHINGTON-ROBERTSBS, RODWELL S. Nutrition in pregnancy and lactation. (1989). SR Williams ed. 4th ed. St.Louis, Toronto, Boston, Los Altos. Times Mirror/Mosby College Publishing.

WRIGHT AL, HOLBERG C, TAUSSIG LM, GROUP HEALTH MEDICAL ASSOCIATES PEDIATRICIANS. Infant-feeding practices among middle-class anglos and hispanics. (1988). *Pediatrics*. 82: 496–503.

WRIGHT AL, HOLBERG CJ, MARTINEZ FD, MORGAN WJ, TAUSSIG LM. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. Group Health Medical Associates. (1989). *Br Med J*. 299: 946–949.

WRIGHT HJ, WALKER PC. Prediction of duration of breast feeding in primiparas. (1983). *J Epidemiol Community Health*. 37: 89–94.

YAMAUCHI Y, YAMANOUCHI I. Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. (1990a). *Pediatrics*. 86: 171–175.

YAMAUCHI Y. The relationship between rooming-in/not rooming-in and breastfeeding variables. (1990b). *Acta Paediatr Scand*. 79: 1017–1022.

YOO KEUN-YOUNG, TAJIMA KAZUO, KUROISHI TETSUO, HIROSE KAURO, YOSHIDA MINORU, MIURA SHIGETO, MURAI HIROSHI. Independent protective effect of lactation against breast cancer: a case-control study in Japan. (1992). *Am J Epidemiol*. 135: 726–733.

YOSHIOKA H, ISEKI K, FUJITA K. Desarrollo y diferencias en la flora intestinal durante el período neonatal entre lactantes alimentados con lactancia materna y artificial. (1983). *Pediatrics (ed esp)*. 16: 195–199.

YOW M, STAGNO S, PASS RF. Cytomegalovirus infection of breast milk and transmission in infancy. (1983). *Pediatrics*. 72: 295–299.

YOW MD, WHITE NH, TABER LH, FRANK AL, GRUBER WC, MAY RA, NORTON HJ. Acquisition of cytomegalovirus infection from birth to ten years. A longitudinal serologic study. (1987). *J Pediatr.* 110: 37-42.

ZAMORA V, PEÑA L, DIMAS F, JIMENEZ MJ. Factores socioculturales que influyen en el cese de la lactancia materna. (1988). *An Esp Pediatr. Libro de Comunicaciones. XVII Congreso Español de Pediatría.*: 104.

ZUCKERMAN BS, FRANK DA, HINGSON R, MORELOCK S, KAYNE HL. Influencia del trabajo de la madre sobre el estado del recién nacido. (1986). *Pediatrics (ed esp).* 21: 212-216.

ZUPPA AA, VIGNETTI M, ROMAGNOLI C, TORTOROLO G. I'allattamento al seno alla dimissione dall'ospedale. (1984). *Pediatr Med Chir.* 6: 367-372.

ZUPPA AA, TORNESELLO A, PERRONE PA, PAPACCI P, VENTO G, CASTORINA M, TORTOROLO G. Parita e quantita di latte materno da suzione prodotta nei primi quattro giorni del puerperio. (1986). *Pediatr Med Chir.* 8: 389-391.

ZUPPA AA, PERRONE PA, CASTORINA M, TORNESELLO A, PAPACCI P, CESCHIN F, LUISA-VISSAT G. Tipo di alimentazione e patologia "ambulatoriale" nei primi sei mesi di vita. (1987). *Pediatr Med Chir.* 9: 63-68.

ZURAYK HC, SHEDID HE. The trend away from breastfeeding in a developing country. A woman's prespective. (1981). *J Trop Pediatr.* 27: 237-244.

IX. ANEXOS

ANEXO 1: ERRORES NO MUESTRALES, TRABAJO DE CAMPO Y CUESTIONARIOS

Aunque a lo largo de todo el planteamiento del trabajo ha estado presente la preocupación de reducir al máximo los errores ajenos al muestreo, es aquí en este apartado donde se va a abordar de manera específica el tema, porque es aquí donde los errores no muestrales pueden aparecer con más facilidad y de forma más larvada, al depender parte de la cumplimentación de la encuesta de personal que no ha estado presente en la discusión y realización del diseño: Por todo ello, la organización y administración del trabajo de campo es fundamental, ya que de su calidad dependerá la calidad de la información obtenida.

En primer lugar, es necesario, para el entrevistador conocer los objetivos, utilidad y patrocinadores de la investigación con la intención de motivarlo y comprometerlo, ésto le permitirá asumir su papel y desarrollar habilidades para la entrevista, familiarizándose con el cuestionario y los objetivos de cada pregunta. A este fin se elaboran unas normas básicas para el encuestador con instrucciones generales sobre la encuesta y específicas para cada pregunta concreta; este material podrá ser consultado durante todo el proceso de recogida de información.

A la entrega del material se realizó una reunión con los encuestadores donde se explicó verbalmente en qué consiste su trabajo y donde se dió respuesta a las dudas iniciales, a la vez que sirvió para unificar criterios.

Durante todo el proceso del trabajo de campo se realizaron revisiones periódicas para la buena marcha del mismo. Además, el coordinador del trabajo de campo estuvo localizado y a disposición de los encuestadores para resolver las posibles dudas y dificultades.

Con respecto al encuestador, para evitar los errores que más comunmente suelen cometerse, se incidió en los siguientes aspectos (Rojas R,1977):

1. En la formulación de las preguntas, no contarlas, simplificarlas, complicar el lenguaje o inducir respuestas.
2. No cometer errores al registrar las respuestas, por descuido o por intentar aumentar gramaticalmente la respuesta. El encuestador no debe contentarse con anotar la respuesta, sino que debe estar seguro de que la comprende y de que se trata realmente de una respuesta a la pregunta formulada. Así mismo, cuando las preguntas son abiertas, el encuestador debe anotar las respuestas con las mismas palabras que las expresa la encuestada.
3. No debe dar opiniones sobre lo que es correcto induciendo a la encuestada a contestar lo que cree que se espera de él.
4. El encuestador debe presentar suficiente información como para motivar al encuestado. En general se le debe proporcionar una información clara y breve que responda en forma honesta a su curiosidad sobre los propósitos de la investigación y sobre la manera de seleccionar la muestra. Hay que enfatizar que ha sido seleccionado de manera muy impersonal y que sus respuestas son confidenciales.
5. Es importante que el encuestador, sin dejar de mantener una relación armónica con la encuestada, siga procedimientos estandar al utilizar el instrumento de la investigación. Ambas condiciones son esenciales, por lo que no pueden cambiarse ni omitirse preguntas en un esfuerzo para mejorar la relación, ni tampoco formular las preguntas de manera mecánica y rígida, pues la encuestada se desliga emocionalmente de la encuesta.
6. En cuanto a la situación de rechazo, el encuestador debe hacer un máximo esfuerzo para motivar a la encuestada y en caso de no conseguirlo deber respetar su decisión, tratando de saber la razón del rechazo para anotarla en el espacio destinado al efecto.

Se dieron normas a cada encuestador para que siguiese los siguientes criterios:

CRITERIOS DEL ENCUESTADOR:

1.- Información para la encuestada:

Básicamente, se explicará a la encuestada que este estudio pretende recoger información sobre la condición e los niños sanos nacidos en el Hospital de Leganés para disponer de datos que permitan mejorar la asistencia médica primaria de los niños del Area.

Se especificará que la encuesta se desarrollará en cuatro entrevistas: de RN, a los 10 días, a los 3 meses y a los 6 meses de edad del niño, y que para facilitar las citas se toman datos como son la dirección y el teléfono.

Ha de explicarse a la mujer que ha sido seleccionada de forma impersonal, por un procedimiento basado en el azar y que sus respuestas son confidenciales.

2.- Normas generales para el encuestador:

- a. Sólo se encuestará a aquellas personas que residan habitualmente en Leganés o Fuenlabrada.
- b. Se deberá evitar encuestar a las personas que se ofrezcan voluntariamente para ello. Sólo se encuestará a aquellas personas que reúnan las características prefijadas en el estudio, y todo ello dentro de los criterios aleatorios que se establecen.
- c. Si la persona seleccionada, después de haberla informado y solicitado su colaboración, se niega a ser encuestada o no se compromete a asistir a las posteriores citas, se respetará su decisión, pero se anotará en la encuesta el rechazo, intentando consignar el motivo del mismo y la edad aproximada. Puede ocurrir que llegado un momento se niegue a seguir colaborando y en este caso se reseñará en la encuesta el motivo de la anulación.
- d. La encuesta será contestada por la madre del niño incluido en la muestra.
- e. Las preguntas deberán ser contestadas en el orden en el que aparecen en la encuesta.
- f. El número de identificación de la encuesta debe ser el mismo para los cuatro cuestionarios sucesivos, y figurará en la parte superior izquierda de la primera hoja de cada encuesta. También se consignará la fecha en que se cumplimenta y los datos del encuestador.
- g. Hay un espacio destinado a observaciones, reservado para anotar aquellos datos que no contempla la encuesta y que el encuestador considere que pueden ser de interés para el estudio (Ej.: "falta de sinceridad en las respuestas"; "pertenece a un grupo étnico con costumbres culturales propias: gitano, musulman, etc.").

Para controlar que el trabajo de campo se realizase en la forma y tiempo previsto se llevó un libro de registro.

Encuesta sobre amamantamiento. Consideraciones diversas para conocimiento del encuestador:

Se pretende conocer cómo se desarrollan durante los seis primeros meses de vida, niños y niñas nacidos sanos en el Hospital de Leganés, en 1988.

Condiciones previas:

1. Los padres deben residir en Fuenlabrada ó Leganés.
2. Deben ser niños nacidos a término (edad de gestación superior a 37 semanas).
3. Deben haber sido considerados por el pediatra como recién nacidos sanos y no haber precisado

ingreso hospitalario al nacer.

El primer cuestionario se pasa a la madre, en la sala de la maternidad del hospital (planta 4ª), al 2º-3º día del parto. Contamos con la colaboración de la Supervisora de Enfermería (Srta. Begoña) y de las enfermeras de planta responsables de la atención de las mujeres y de los niños (en el nido).

De la historia materna se recogen información de referencia como: el número de Hª clínica, los datos de filiación de la madre –que luego se contrasta con las preguntas al final de la encuesta– y los antecedentes de interés obstétrico.

De la hoja, amarilla, del informe del parto se obtienen datos de las medidas del recién nacido, su vitalidad al nacer (APGAR al minuto y a los cinco minutos; pH de arteria y de vena), así como el peso con el que es dado de alta y su perímetro cefálico, PC, –que interesan para la encuesta al 10º día–. Se anotarán las observaciones hechas por el pediatra al alta del Centro (Ej: si debe acudir a consulta para observación de la cadera derecha).

Alguno de los datos referidos en este apartado pueden encontrarse en la carpeta de la historia materna, puesto que se recogen datos del parto. El otro lugar de búsqueda para completar los datos de la historia del parto y de la evolución del niño los primeros días de su vida es el cuaderno de anotaciones de las enfermeras del nido, donde cada niño figura relacionado con el nº de habitación de la madre y su nº de Hª clínica, en una carpetilla de plástico.

Se incluyen en la encuesta tanto nacidos de parto vaginal como de cesárea, siempre y cuando cumplan los requisitos de inclusión. En caso de cesárea se pasará la 1ª y la 2ª encuestas mientras la mujer esté ingresada (puesto que las enfermeras recogen la muestra para pruebas metabólicas del RN antes de darla de alta, lo que suele ocurrir al 7º-10º día tras la cirugía).

El alta en los partos vaginales normales se produce entre las 48 y 72 horas, habitualmente.

Es imprescindible conocer la fecha en que los niños deben venir al Hospital (en la planta de Maternidad les dicen qué día, y figura escrito en la hoja-informe del alta) para el 'pinchazo en el talón' a fin de recoger una muestra de sangre para determinar pruebas metabólicas que descarten enfermedades que pueden causar subnormalidad.

Las administrativas de la planta de Maternidad confeccionan unos listados con los datos de la madre y nombre del niño, su fecha de nacimiento y la fecha (a los diez días de edad) en que deben acudir al hospital para realizar la punción en el talón para el test de metabolopatías congénitas. Estos listados se remiten al Servicio de Admisión, en la planta baja, junto a la consulta de Pediatría, donde acuden las madres a buscar unas cartulinas especiales para recoger la muestra de sangre, según su cita previa. Caso de no acudir, las administrativas de admisión telefona a la familia de los niños para insistirles en la cita y darles una nueva para el siguiente día laborable). Las administrativas del servicio de admisión, colaboran con nosotros insistiendo a las madres incluidas en el estudio, en que se dirigan a la consulta de Pediatría para efectuar la 2ª encuesta. Para facilitar su identificación, en el registro de admisión, punteamos con bolígrafo rojo, con anterioridad al día de la cita, la fila de datos del estadiño donde figuran el nombre de la madre y del niño. Si alguna madre no acude a la cita, al final de la jornada, lo comentamos con la administrativa, quien telefona a la madre, para asignar una nueva cita para el siguiente día laborable.

La toma de muestras se hace en la planta baja, en el laboratorio, próximo a la consulta de pediatría y al servicio de admisión del Centro. La cita que se da anotada en un impreso viene a ser a los 10 días de vida y para todos los niños a la misma hora (las 13 horas de Lunes, Miércoles ó Viernes). Puesto que van a ser citados ese mismo día para pasarles la segunda encuesta al tiempo que se les pesa y se les mide el perímetro craneal, conviene modificar la hora inicial para que antes de la punción del talón puedan ser encuestados por nosotros. Para ello, se dará cita de 15 en 15 minutos en la consulta de Pediatría, a la atención del encuestador (Dr. González), entre las 12 horas de la mañana y las 14.30 horas como tope.

Al alta tras el parto, se entregará a las mujeres, por escrito, los siguientes datos:

- * Fecha próxima cita (coincide con el día del test metabólico).
- * Hora de la cita (entre 12 y 14.30 h.).
- * Lugar de la cita: consulta de pediatría, en la planta baja, junto a las ventanillas de citación del Servicio de Admisión (donde han de ir antes de pasar a pediatría a dar los datos para que les entreguen un impreso para la prueba metabólica). Tras la encuesta, desde la consulta de Pediatría se les indicará el lugar donde está el laboratorio para la extracción de sangre.
- * Indicación a la madre para que traiga el "impreso amarillo del alta del hospital" (de donde recogeremos los datos del niño que no figurasen en la Hª clínica en el momento de efectuar la 1ª encuesta, como el peso al alta y el PC.).
- * Observación de la necesidad de que acuda la madre acompañando al niño.

Al concluir la encuesta del 10º día (Segunda encuesta) se entrega a la madre una citación en impreso del hospital autocopiable (guardamos la copia) para la 3ª entrevista a los 3 meses de edad el niño, en la consulta de Pediatría del Hospital en horario de mañana.

El estudio piloto ha demostrado que es importante informar a las madres candidatas a participar en el estudio, cuando nos presentamos, de que:

1. Su hijo está SANO al nacer, y por ello se le realiza la entrevista. Se aclaran las dudas para disminuir la ansiedad de la madre.
2. En ningún momento de las siguientes visitas a los 10 días, 3 y 6 meses, se va a proceder a pinchar al niño, a hacerle prueba dolorosa alguna, ni análisis, ni radiografías, ni otras exploraciones molestas o que supongan riesgo. Sólo se pretende conocer cómo va creciendo, qué problemas tienen los padres y ayudarles a que los resuelvan y consulten sus dificultades en el manejo del niño. Se efectuará una consulta de "puericultura" en la que, aparte de que nos pregunten sus dudas, valoraremos el crecimiento del niño (el peso, la talla y el perímetro cefálico) y su desarrollo psicomotor (ésto es, si van adquiriendo las habilidades debidas a cada edad), así como una exploración general de cabeza (fontanela y simetría), torax (auscultación de corazón), abdomen, genitales y extremidades (caderas, pies).
3. Conviene insistir, amablemente, en el compromiso que adquieren las madres entrevistadas, si desean colaborar con nuestro programa de trabajo, de traernos a revisión a sus hijos a los 3 y 6 meses (aunque estén bien, y precisamente por ello).
4. Señalar a las madres que tratamos de conocer cómo crecen los niños de Fuenlabrada-Leganés, qué problemas tienen los padres en su manejo, cómo son alimentados, qué ayudas pueden esperar de su entorno inmediato, con qué dificultades se encuentran para obtener una buena asistencia de puericultura y de qué medios disponen.

ANEXO 2: ENCUESTA EFECTUADA EN EL ESTUDIO

ENCUESTA SOBRE AMAMANTAMIENTO

Explicación previa y presentación a las madres:

"ESTAMOS RECOGIENDO INFORMACION SOBRE LA CONDICION DE LOS NIÑOS SANOS NACIDOS EN EL HOSPITAL DE LEGANES CON EL FIN DE MEJORAR LA ASISTENCIA MEDICA PRIMARIA. VD HA SIDO SELECCIONADA AL AZAR Y LE ROGARIAMOS QUE NOS CONTESTASE A LAS PREGUNTAS QUE LE VAMOS A FORMULAR. LE GARANTIZAMOS QUE SUS RESPUESTAS VAN A SER RIGUROSAMENTE CONFIDENCIALES".

PRIMERA ENCUESTA: RECIEN NACIDO

Fecha:..... Nº CUESTIONARIO: _ _ _ (1-3)

Nº Hª MATERNA: _ _ _ _ _ (4-8)

¿Me podría decir el nombre del Recién Nacido?:

Sexo:
varón 1 (9)
mujer 2¿Cuál fué la fecha de su nacimiento?:
(día/mes/año) _ _ / _ _ / _ _

¿Cuántas veces se ha quedado Vd embarazada (incluye el último)?: _____ (10-11)

¿Cuántos hijos le viven?: _____ (12-13)

F:: Si no coincide embarazos e hijos vivos:f
f ¿Se le ha muerto algún hijo?: # si 1 (14)
f # no 2f F:: Caso de hijos muertos, causas: (código)f
f (15-16)f ¿Ha tenido algún aborto?: # si 1 (17)
f # no 2f F:: Si tuvo abortos,

f ¿Cuántos?: _____ (18)

f ¿Fueron naturales o provocados?: (19)

f # natural 1
f # provocado 2
f # unos naturales, otros provocados 3

¿Qué número de nieto hace este niño en su familia?: _ _ (20-21)

¿Y en la familia del padre?: _ _ (22-23)

¿Podría decirme cuál es su estado civil, actualmente?:

casada o compañero estable 1
soltera 2
separada, divorciada 3 (24)
viuda 4
desconocido 5F:: Si casada ó como pareja estable:f
f ¿Cuántos años lleva casada ó como pareja estable?: _____ (25-26)
fAhora vamos a hablar del embarazo de su último hijo:

¿En qué situación laboral se encontraba Vd durante el embarazo?:

como ama de casa exclusivamente 1
trabajaba cuenta ajena 2 (27)
trabajaba cuenta propia 3
estudiante 4

¿Cuántas horas/día le llevaban las labores propias de la casa (hacer la casa, compra, etc)?: _____ (28-29)

En los 3 últimos meses del embarazo, en su trabajo diario ¿cómo estaba más tiempo, de pie o sentada?:

de pie 1
sentada 2 (30)
igual 3F:: Excepto amas de casa:f
f ¿Cuántas semanas de permiso disfrutó antes del parto?: _____ (31-32)

f ¿Cuántas semanas de permiso va a disfrutar después del parto?: _____ (33-34)

F:: Amas de casa:f
f ¿Tiene intención de buscar trabajo ó de ponerse a trabajar después del parto?:
f # buscar trabajo 1
f # ponerse a trabajar 2 (35)
f # ninguna 3f F:: En caso afirmativo:f ¿Para cuando el niño tenga qué edad (años)?:
f _____ (36-37)

¿Cuántos cigarrillos al día fumaba durante el embarazo?: _____ (38-39)

¿Cuántas tazas de café al día solía tomar?: _____ (40-41)

¿Tenía costumbre de tomar vino ó cerveza con las comidas?:

vino 1
cerveza 2 (42)
ambos, indistinto 3
no, ocasional 4
no, nunca 5

¿Y entre comidas, cada cuánto tiempo consumía vino, cerveza, licores o combinados?:

nunca 1
casi nunca 2
de vez en cuando 3 (43)
varias veces a la semana 4
diariamente 5F:: Sólo si hay consumo diario de alcohol y/o costumbre def vino/cerveza con las comidas:f
f Especificar cantidad/día: (vasos, copas)
f vinos: ml x 12º / 100 = gr. alcohol
f cerveza: ml x 3.5º / 100 = " "
f licores: ml x 35º / 100 = " "
f gr. TOTAL: _____ (44-45)

¿Fué deseado el embarazo? ¿Deseaba Vd quedarse embarazada?:

si 1 (46)
no 2

¿Utilizaban algún método anticonceptivo (tomaban precau-

ciones) antes de quedarse embarazada esta última vez?:

NIN ninguno 1 (47-49)

ESP espermicida (pomada...) 2

PRE preservativo 3

CON continencia period. 4

Ogino, temperaturas.

DIU 5

DIA diafragma 6

COI coitus interruptus 7

PAS pastilla, píldora 8

OTR otros 9

¿Asistió Vd a un curso de preparación al parto?:

si 1

no 2 (50)

F:: caso de que si:

f ¿pudo asistir al curso completo?:

si 1

no 2 (51)

¿Cómo se encontraba físicamente los primeros meses del embarazo?:

muy bien, en plena forma 1

bien 2

regular 3 (52)

mal 4

muy mal, fatal 5

¿Y al final del embarazo?:

muy bien, en plena forma 1

bien 2

regular 3 (53)

mal 4

muy mal, fatal 5

¿Le ha perjudicado ó ayudado la actividad (trabajo, faena doméstica) que tenía que hacer durante el embarazo?:

ayudado 1

perjudicado 2 (54)

ninguna de las dos 3

¿En algún momento del embarazo, las actividades que Vd realizaba le resultaban fatigosas?:

si, a menudo 1

si, a veces 2 (55)

casi nunca 3

no, nunca 4

¿Pudo contar con alguien para que le ayudase con las labores de la casa y cuidado de los otros niños (si los hubiera) durante este último embarazo?:

si 1

no 2 (56)

a veces 3

¿Tuvo algún padecimiento ó enfermedad durante el embarazo?: (opinión de la madre. Contrastarla con antecedentes recogidos en H# obstétrica)-código-

si: 1 (57)

no 2

¿Cuántos kg ganó durante el embarazo?: (58-59)

¿Notó un crecimiento moderado ó importante de los pechos durante el embarazo? (Estimado por la madre y valorado según la necesidad de cambiar la talla del sujetador habitual):

ninguno 1

moderado (aumento 1 a 2 tallas de sujetador) 2 (60)

importante (aumento > 2 tallas de sujetador) 3

¿Realizó algún tipo de preparación de las mamas?:

ninguna preparación 1

cremas o aceites 2

masajes o estimulación 3 (61)

trató de sacar leche 4

alcohol 5

otros:..... 6

¿Nada más nacer le dieron la criatura un ratito?:

si 1

no 2 (62)

no recuerda 3

¿Cuánto tiempo estuvo separada de su hijo hasta que lo tuvo fijo?: horas y minutos (63-66)

De las opciones que le menciono a continuación cuál considera más adecuada: Que el Recién Nacido durante su estancia en el hospital se quede con la madre.

a) día y noche en su cuarto 1 (67)

b) sólo durante el tiempo de las comidas 2

c) sólo durante el día, y de noche en el nido 3

¿Cuántas horas transcurrieron desde el parto hasta que le puso la 1ª vez al pecho? (no pecho = ausencia de dato): (68-69)

¿Cómo está alimentando a su hijo recién nacido?:

mediante pecho únicamente 1

con leche artificial 2 (70)

con ambas en espera de la subida de leche 3

F:: Sólo si da el pecho:

f ¿Cuánto tiempo piensa Vd dar el pecho a su hijo?: meses (71-72)

f ¿De qué depende qué le de el pecho durante este tiempo que ha señalado?:

f (73-75)

f # MS motivos sanitarios (tenga leche...) 1

f # ME motivos económicos 2

f # MC id socio-culturales (trabajo....) 3

f # MP id psico-afectivos 4

¿Cree Vd que las enfermeras y matronas tienen preferencia por la lactancia materna o el biberón?:

materna 1

biberón 2 (76)

no sabe 3

¿Cree Vd que los médicos tiene preferencia por la lactancia materna o por el biberón?:

materna 1

biberón 2 (77)

no sabe 3

F:: Excepto para primerizas:

f Ahora, vamos a hablar de sus anteriores hijos:

f ¿Cuántas chicas?: (78)

f ¿Edad del hijo/a mayor? (en años): (79-80)

f ¿Sexo del hijo mayor?: varón 1

f mujer 2 (81)

f ¿Edad del hijo anterior al RN actual?: (82-83)

f ¿Sexo del hijo anterior al RN actual?: varón 1

f mujer 2 (84)

f ¿Asistió a cursos de preparación al parto en alguno de los anteriores embarazos?:

si 1

no 2 (85)

f	¿Podría decirme si alguno de sus hijos ha padecido alguna enfermedad importante?				
f	(a criterio de la madre la importancia)				
f	-ir repasando desde hijo mayor a menor-:				
f	1º # sí:.....	(86-87)			
f	2º # sí:.....	(88-89)			
f	3º # sí:.....	(90-91)			
f	4º # sí:.....	(92-93)			
f	5º # sí:.....	(94-95)			
f	6º # sí:.....	(96-97)			
f	7º # sí:.....	(98-99)			
f	¿Cómo le fué con el pecho en su primer hijo?:				
f	# bien 1				
f	# regular 2	(4)			
f	# mal 3				
f	# no le dió pecho 4				
f	F:: <u>En caso de que le fuera regular ó mal, ó no le diera, ¿por qué motivo fué así?:</u>				
f	.....			
f	.....			
f	MS ... 1				
f	ME ... 2	(5-7)			
f	MC ... 3				
f	MP ... 4				
f	¿Cuánto tiempo (meses) le duró la lactancia al pecho con sus hijos anteriores? -ir repasando desde hijo mayor a menor-:				
f	# 1º	(8-9)			
f	# 2º	(10-11)			
f	# 3º	(12-13)			
f	# 4º	(14-15)			
f	# 5º	(16-17)			
f	# 6º	(18-19)			
f	# 7º	(20-21)			
f	¿Cómo encuentra el piso donde vive, está Vd a gusto en él ó no?:				
f	# sí 1				
f	# no 2	(22)			
f	¿Cuántos hermanos han sido ustedes?:	(23-24)			
f	F:: <u>Si tiene hermanos:</u>				
f	¿Es Vd la mayor ó la menor entre sus hermanos?:				
f	# mayor 1				
f	# intermedia 2				
f	# menor (benjamin) 3	(25)			
f	# única 4				
f	# desconocido 5				
f	¿A cuántos crió su madre al pecho?:	(26-27)			
f	¿Cuanto tiempo le dió su madre a Vd el pecho?:				
f	# menos de 3 meses 1				
f	# de 3 a 6 meses 2				
f	# más de 6 meses 3	(28)			
f	# no le dió pecho 4				
f	# no lo sabe o no se acuerda 5				
f	¿Para Vd este embarazo último ha sido una buena, regular ó mala experiencia?:				
f	# buena 1				
f	# regular 2	(29)			
f	# mala 3				
f	¿Ha tenido Vd miedos (temores) durante este embarazo?:				
f	# sí (sin especificar)..... 1				
f	# no 2	(30)			
f	# niño con problemas 3				
f	# parto 4				
f	# niño con problemas + parto 5				
f	# otros:..... 6				
	¿Cómo se mostró su madre al enterarse del embarazo?:				
	# alegre 1				
	# triste, contrariada 2				
	# indiferente 3	(31)			
	# madre fallecida/desconocida 4				
	# otras 5				
	¿Y el padre del niño?:				
	# alegre, ilusionado 1				
	# triste, contrariado 2				
	# indiferente 3	(32)			
	# no se enteró 4				
	¿Cuántos hijos piensa tener en total?:	(33-34)			
	¿Pensaba que tener un hijo sería: como ha sido, mejor ó peor?, ¿cómo se lo había imaginado?:				
	# mejor 1				
	# peor 2	(35)			
	# igual 3				
	# no sabe 4				
	¿Cómo recuerda la experiencia de este parto: como buena, regular ó mala?:				
	# buena 1				
	# regular 2	(36)			
	# mala 3				
	¿Tuvo que pedir anestesia por las molestias del parto?:				
	# sí 1				
	# no 2	(37)			
	¿El padre del niño deseaba estar con Vd en el parto?:				
	# sí 1				
	# no 2	(38)			
	# no sabe 3				
	¿Quién estuvo con Vd en el parto?:				
	# nadie, estuve sola 1				
	# marido, compañero 2	(39)			
	# otra 3				
	¿Le hace ilusión que haya sido niño/a?, ¿qué prefería?:				
	# sí 1				
	# no 2	(40)			
	# me da igual 3				
	¿Y el padre del niño qué hubiese preferido?:				
	# lo que ha tenido 1				
	# lo otro 2	(41)			
	# indiferente 3				
	¿Cuándo decidió el nombre del bebé, antes ó después del parto?:				
	# antes del parto 1				
	# después del parto 2	(42)			
	¿Piensa Vd que la vida familiar por el nuevo niño va a cambiar por completo, bastante, algo ó nada?:				
	# completamente cambiada 1				
	# bastantes cambios 2	(43)			
	# algunos cambios 3				
	# no, ningún cambio 4				
	¿En su opinión, a qué persona se parece mas la criatura (1 sola respuesta)?:				
	# a mí 1				
	# al padre 2	(44)			
	# hermanos 3				
	# abuelos maternos 4				
	# abuelos paternos 5				
	# otros paternos 6				
	# otros maternos 7				
	# nadie/n.s. 8				
	# otros 9				
	¿Me podría decir la edad del padre del niño?:	(45-46)			

¿Cuál es la situación laboral actual del cabeza de familia?:

- | | | |
|--------------------------|---|------|
| # trabajo estable | 1 | |
| # trabajo eventual | 2 | |
| # paro con subsidio | 3 | (47) |
| # invalidez o jubilación | 4 | |
| # paro sin subsidio | 5 | |

¿Cuál es la profesión del cabeza de familia (padre o madre o abuelo, etc)?:

..... (codigo): ____ (48-49)

Lugar geográfico (población) y distancia del hogar a la que trabaja el cabeza de familia:

- | | | |
|--------------------|---|------|
| # población: | | |
| Misma | 1 | |
| Alrededores | 2 | (50) |
| Madrid capit. | 3 | |
| Otras | 4 | |

distancia aprox. en km del domicilio: ____ (51-53)
(en último mes) Nota: 999, si variable.

¿Qué comidas le permite hacer en casa la actividad de su marido?:

- | | | |
|-----------------------|---|------|
| # todas las comidas | 1 | |
| # solo desayuno | 2 | |
| # desayuno y cena | 3 | (54) |
| # comida del mediodía | 4 | |
| # otra: | 5 | |

¿Las ocupaciones de su marido le obligan a viajar y ausentarse de su domicilio?:

- | | | |
|------------------------|---|------|
| # si, a menudo | 1 | |
| # si, de vez en cuando | 2 | |
| # casi nunca | 3 | (55) |
| # no, nunca | 4 | |
| # inaplicable | 5 | |

¿Aproximadamente cuántos trabajadores tiene su empresa?:

<25 (pequeña)	1	25-100 (mediana)	2	(56-60)
101-1000 (grande)	3	>1000 (muy grande)	4	

¿Trabaja por turnos (horario variable)?:

- | | | |
|-------------|---|------|
| # si | 1 | |
| # no | 2 | (61) |
| # no consta | 3 | |

¿Qué estudios tiene el padre del niño?:

- | | | |
|--|---|------|
| # analfabeto | 1 | |
| # lee, escribe, primarios sin acabar | 2 | |
| # primarios y certificado de estudios | 3 | |
| # graduado escolar, EGB, Bachiller elemental, FP-1 | 4 | (62) |
| # FP-2, bachiller superior, BUP, COU, PREU | 5 | |
| # carrera de grado medio | 6 | |
| # carrera superior universitaria | 7 | |

¿Cuántos cigarrillos fuma el papá del niño al día?:

____ (63-64)

F.: Si la madre no es el cabeza de familia y además trabaja fue-

f ra de su hogar:

f Lugar geográfico donde trabaja la madre y su

f distancia en km al domicilio:

- | | | |
|--------------------|---|------|
| # población: | | |
| Misma | 1 | |
| Alrededores | 2 | (65) |
| Madrid capit. | 3 | |
| Otras | 4 | |

distancia aproximada en km: ____ (66-68)

f ¿En qué trabaja, cuál es su empleo?:

f (código): ____ (69-70)

¿Qué estudios tiene Vd?:

- | | | |
|--|---|------|
| # analfabeta | 1 | |
| # lee, escribe, primarios sin acabar | 2 | |
| # primarios y certificado de estudios | 3 | |
| # graduado escolar, EGB, Bachiller elemental, FP-1 | 4 | (71) |
| # FP-2, bachiller superior, BUP, COU o PREU | 5 | |
| # carrera de grado medio | 6 | |
| # carrera superior universitaria | 7 | |

¿Cuántas piezas dentales le faltan?: ____ (72-73)

¿Cuántas piezas dentales tiene empastadas ó restauradas?: ____ (74-75)

¿Tiene Vd alguna afición, hobby o entretenimiento?:

- | | | |
|---------------------|---|------|
| # si, (cuál): | 1 | |
| # no | 2 | (76) |

¿Cuál es su programa de radio favorito? (indicar la hora y emisora):

..... (77)

FECHA PROXIMA CITA - Test metabólico: ____

CONSULTA DE PEDIATRIA, HORA: ____

TRAERA EL IMPRESO AMARILLO DE ALTA DEL HOSPITAL.

VENDRA LA MADRE ACOMPAÑANDO A LA CRIATURA.

Nombre y apellidos de la madre:

Edad de la madre: ____ años. (78-79)

Nombre y apellidos del padre:

Domicilio familiar: Población: Fuenlabrada 1 (80)
Leganés 2

c/ n°: piso: ____ (81-82)
pta.

Tfno.:

Parto: A # presentación cefálica 1
(83a-b-c)

# presentación nalgas	2
# otra presentación	3

B # parto vaginal	1
# parto abdominal	2

C # modalidad simple	1
# modalidad instrumental	2

Enfermedades de la madre referidas en H°:

..... : 84-84
..... : 85-85
..... : 86-86

Gestaciones/Abortos/Viven: G ____ 90-90
(incluido el actual) A ____ 91-91
V ____ 92-92

APGAR 1 minuto: ____ 93-93
APGAR 5 minuto: ____ 94-94

pH arteria: ____ 4-4
pH vena: ____ 5-5

Peso RN: ____ gr (10-13)

Talla: ____ cm (redondear en cm.) (14-15)

P.Cefal.: _____ cm (redondear en cm.) (16-17)

Índice ponderal:

Peso en gr. x 100 / (Talla en cm)³ = _____ ()

SEGUNDA ENCUESTA: 10º DÍA

FECHA: Nº CUESTIONARIO: _ _ _ (1-3)

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE:

NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA:

Entre las madres que Vd conoce ¿Cree Vd que son mayoría las que dan el pecho a su hijo ó las que lo alimentan con biberón?:

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| # las que dan el pecho | 1 | |
| # las que dan el biberón | 2 | (4) |
| # mitad y mitad | 3 | |
| # no sabe | 4 | |

¿El papá del niño prefiere la alimentación al pecho ó con biberón?:

- | | | |
|----------------------------|---|-----|
| # pecho | 1 | |
| # biberón | 2 | (5) |
| # indistinto ó ambos | 3 | |
| # no opina ó no lo sabe él | 4 | |
| # no lo sabe la madre | 5 | |

¿Podría decirme qué motivo da él para esta preferencia?:

- | | | |
|------------------------|---|-------|
| # MS | 1 | |
| # ME | 2 | (5-8) |
| # MC | 3 | |
| # MP | 4 | |
| # El marido no lo sabe | 5 | |
| # Lo desconoce ella | 6 | |

¿Qué tal se le da al papá dar biberones?:

- | | | |
|----------------------|---|-----|
| # bien | 1 | |
| # regular | 2 | (9) |
| # mal | 3 | |
| # no se ocupa; no sé | 4 | |

¿Qué tipo de lactancia considera Vd mejor?:

- | | | |
|---------------|---|------|
| # pecho | 1 | |
| # biberón | 2 | |
| # iguales | 3 | (10) |
| # no sabe | 4 | |
| # no contesta | 5 | |

¿A una amiga qué consejo le daría respecto del tiempo que debe durar la lactancia natural?:

_____ meses (11-12)

¿En su opinión dar el pecho tiene más ventajas o más inconvenientes que dar el biberón?:

- | | | |
|-----------------------------------|---|------|
| # solo ventajas | 1 | |
| # mas ventajas que inconvenientes | 2 | |
| # mas inconvenientes que ventajas | 3 | (13) |
| # solo inconvenientes | 4 | |
| # no sabe | 5 | |

¿Qué ventajas encuentra Vd en la lactancia al pecho?: (14-16)

- | | |
|--|---|
| | |
| | |
| | |
| # VS (ventaja motivos sanitarios, es conveniente, mejor composición, mas nutritiva para el niño, alimento mas sano para el bebé, para la madre, es lo mas natural,...) | 1 |
| # VE (ventaja económica, ahorra dinero,...) | 2 |
| # VC (ventaja cultural-social: mas cómoda; es fácil; es conveniente,...) | 3 |
| # VP (ventaja psico-afectiva: le agrada; nos ayuda a acostumbrarnos el uno al otro:...) | 4 |
| # VN (ninguna) | 5 |
| # No sabe | 6 |

¿Qué inconvenientes le ve Vd a la lactancia al pecho?: (17-18)

.....

.....

IS (inc.sanitario: perjudica la salud materna: niño pasa hambre o no sabe lo que come; dolor pezones:...) 1

IE (inc.economico: trabajo:...) 2

IC (inc.cultural-social: estar más atada, menos libre: galactorrea (ir siempre mojada):...) 3

IP (inc.psico-afectivo: causas estéticas (detestable estético): no le agrada:...) 4

IN (ninguno) 5

No sabe 6

¿Qué tipo de alimentación le está dando ahora a su hijo?:

materna 1

mixta con suplementos ocasionales 2 (19)

mixta con suplementos regulares 3

biberón 4

¿En qué momento tomó Vd la decisión de amamantar ó dar biberón: antes del embarazo, durante el mismo ó después del parto?:

antes del embarazo 1

durante el embarazo 2 (20)

tras el parto 3

¿Quien la ha aconsejado más ó quien ha influido más decisivamente en su decisión de alimentar así a su hijo?: (anotar 2 respuestas)

medico general 1

tocologo 2

farmacéutico 3

abuela 4

hermanas, vecinas ó amigas 5 (21-24)

medios de comunicación (TV,radio) 6

matrona, ATS-enfermera 7

marido 8

Centro de salud 9

equipo del curso de preparación al parto 10

pediatra 11

yo misma, nadie, ninguna persona en concreto 12

F:: En caso de amamantamiento:

f

f ¿Cuántas tomas de pecho dá diariamente?: _____ (25-26)

f

f ¿Se coge el bebé bien al pecho?

f # si, en general 1

f # regular, le cuesta 2 (27)

f # no 3

f

f ¿En cada toma utiliza uno ó los dos pechos?:

f # uno 1

f # dos 2 (28)

f # depende 3

f

f ¿Aproximadamente cuántos minutos dura la toma del primer pecho?: _____ minutos (29-30)

f

f ¿Y la del segundo pecho, cuántos minutos?: _____ (31-32)

f

f ¿Empieza todas las tomas por el mismo pecho?:

f # si 1 (33)

f # no 2

f

f F:: En caso de que no:

f ¿Empieza por el último de la toma anterior?:

f # si 1

f # no 2 (34)

f

f ¿Ha dejado de darle el pecho al niño durante algún día y luego se lo ha vuelto a dar?

f (crisis de lactancia transitorias con relac-

tación posterior):

f # si 1

f # no 2 (35)

f

f F:: Caso de que sí:

f

f ¿Durante cuántos días?: _ _ (36)

f

f ¿A qué se ha debido?:

f _ _ (37-38)

f

f ¿Qué tiempo considera Vd adecuado para darle el pecho al niño de forma exclusiva o complementado con leche artificial?: _ _ meses (39-40)

f

f ¿Recuerda Vd el nombre de algún producto lácteo comercial?:

f # si (cuál):..... 1

f # no 2 (41)

f

f ¿Hay en casa algún alimento comercial para lactantes (leche artificial)?:

f # si 1

f # no 2 (42)

f

f F:: En caso de lactancia mixta:

f

f ¿Le dá la leche artificial: antes, después ó en vez del pecho?:

f # antes del pecho 1

f # después del pecho 2

f # sustituyendo toma de pecho 3 (43)

f # combinaciones de las anteriores 4

f

f F:: Si lactancia artificial ó mixta:

f

f ¿Cómo le dá la leche de fórmula: en biberón, con cuchara, en vaso ó de otra forma?:

f # con biberón 1

f # con cuchara 2 (44)

f # con taza o vaso 3

f # otros 4

f

f ¿Si utiliza suplementos lacteos ó da sólo el biberón, por qué lo hace? (la lactancia materna está siendo sustituida ó retirada por completo):

f (45-47)

f

f

f

f MS..... 1

f ME..... 2

f MC..... 3

f MP..... 4

f

f 1.MS (motivos sanitarios: niño tenía hambre; producción de leche insuficiente; enf.materna; enf.del lactante; falta información sanitaria; nuevo embarazo; consejo médico en contra del pecho; recomendación médica; dolor pezones; mastitis; pezones planos ó invertidos; fiebre; seromas; puntos infectados; tratamientos anti-bióticos o de otro tipo....)

f 2.ME (motivos económicos: en previsión vuelta al trabajo ó por haber vuelto; obtención gratuita de leche artificial:...)

f 3.MC (motivos socio-culturales: miedo nuevo embarazo; falta información; falta opinión del marido; leche de mala calidad; lactancia natural tiene demasiados inconvenientes; lactancia artificial es sencilla o conveniente; duró el pecho ya lo suficiente; publicidad de radio, TV, y de prensa....)

f 4.MP (motivos psico-afectivos: llanto intranquilo; quería que el padre participase; fracaso lactancias anteriores; problemas emocionales; repugnan-

f cia: técnica incorrecta o rechazo por parte del
f niño los primeros días; cansancio materno;...

¿Qué tal anda de apetito su hijo?:

bien 1
regular 2 (48)
mal, no me come 3

¿Cree Vd que la ganancia de peso del niño es la adecuada?:

sí 1
no 2 (49)
no sabe 3

¿Cómo le da de comer al niño: cuando lo pide ó manteniendo una norma de horas?:

cuando lo pide (a demanda) 1
según una norma rígida horaria 2 (50)
unas veces de una y otras de otra forma 3

¿De cuantas horas es la pausa nocturna? (¿Cuánto tiempo dura sin pedir alimento por las noches?):

nº de horas mínimo: (51)
nº de horas máximo: (52)

¿Le preocupa algún aspecto de la alimentación de su bebé?:

sí (cuál): 1
no 2 (53)

¿Me podría decir en una palabra cuál es el temperamento de su hijo?:

tranquilo, pacífico 1
activo 2
nervioso 3
llorón 4 (54)
dormilón 5
exigente, mal genio 6
tragón 7
otro: 8
no sabe 9

¿En estos días tras el parto ha tenido Vd algún problema de salud? (cefaleas, resfriados, insomnio, dolor pezones, mastitis...)?

..... (55-56)
.....

¿Y el niño? (resfriado, conjuntivitis, diarrea, nerviosismo...):

..... (57-58)
.....

¿Qué día después del parto sintió la subida de la leche?:

..... día. (59)

¿Cuántas horas necesita Vd dormir cada día para encontrarse en "plena forma"?:

..... (60-61)

¿Cuántas horas puede dormir en realidad? (en general, la mayor parte de los días):

nº horas mínimo: (62-63)
nº horas máximo: (64-65)

¿Cree Vd que la belleza física de una mujer se deteriora por tener un hijo?:

sí 1
pero es recuperable 2 (66)
no se deteriora 3

¿Y por darle el pecho?:

sí 1
es recuperable 2 (67)
no se deteriora 3

F.: Si tiene más hijos:

f

f ¿Ha tenido que preparar a los otros niños para el nacimiento del pequeño?(les explicó donde iba, con quien se iban a quedar, como era el parto...):

sí 1
no es necesario: son pequeños 2 (68)
no 3

f ¿Quien se adaptó mejor al pecho, este niño ó el anterior?:

niño actual 1
el mayor 2
ambos 3 (69)
ninguno 4
no sabe, no recuerda 5

¿En qué medida le están ayudando otras personas estos días (para cuidar al niño, hacer la compra, arreglar la casa...)?

no ayudan 1
a veces ayudan 2 (70)
casi siempre ayudan 3
ayuda total 4

¿A quién le han hecho los regalos: al niño/a ó a Vd?:

al niño, sólo 1
a la madre, sólo 2 (71)
a ambos 3
a ninguno 4

¿Usa el niño chupete?:

sí 1
no 2 (72)

Por último, me podría decir cuál ha sido su estado de ánimo desde el parto?:

excelente 1
bueno 2
normal 3 (73)
variable (altibajos) 4
malo 5
no contesta 6

¿Ha sentido en algunos momentos tristeza y ganas de llorar?:

no 1
sí, pero me aguanté 2 (74)
sí, lloré 3
no contesta 4

Anotar si acude la madre a la entrevista sola ó con otros:

sólo 1
con el marido o compañero 2
otra persona de la familia 3 (75)
vecina o amiga 4
cuidadora del niño 5
otra 6

Exploración del RN al alta del Centro (informe de alta):

normal 1
observación 2 (76)
(especificar motivo):

Peso al alta del hospital: _ _ _ _ gr

(77-80)

Peso 10º día: _ _ _ _ gr

(81-84)

PC: _ _ _ cm

(85-87)

Exploración del niño 10º día:

normal 1 (88)
otra: 2

Talla materna: _ _ _ cm

(89-91)

Peso habitual de la madre: _ _ kg

(92-93)

TERCERA ENTREVISTA: 3º MES

FECHA DE CITACION PARA LA PROXIMA ENTREVISTA: _____

FECHA:..... Nº CUESTIONARIO: _____ (1-3)

HORA DE LA CITA (Consulta de Pediatría): _____

NOMBRE Y AP. DE MADRE:

TFNO. para contacto: _____

NOMBRE DEL NIÑO/A:

ACUDIRA LA MADRE ACOMPAÑANDO A SU HIJO/A.

¿Ha tenido el niño algún problema de salud desde la consulta anterior?:

(4-6)

¿Y Vd., ha tenido alguno?:

(7-9)

¿Me podría decir en una palabra cuál es el temperamento de su hijo en la actualidad?:

- # tranquilo, pacífico 1
- # activo 2
- # nervioso 3
- # llorón 4
- # dormilón 5
- # exigente, mal genio 6
- # tragón 7
- # otro:..... 8
- # no sabe 9

(10)

¿Con qué frecuencia hace su hijo las siguientes conductas?:

A A C N
l a u
M g a n
e u i c
n n a
u a n .
d s u .
o n .
. v c .
. e a .
. c . .
. e . .
. s . .
. . . .

- 1. Reírse..... 1 2 3 4 (11)
- 2. Sujetar la cabeza..... 1 2 3 4 (12)
- 3. Protestar si le deja sólo..... 1 2 3 4 (13)
- 4. Llevarse objetos a la boca.... 1 2 3 4 (14)

¿Qué tal duerme el niño, en general?:

- # bien 1
- # regular 2
- # intranquilo, mal 3

(15)

¿Quién se ocupa de él por las noches?:

- # la madre, generalmente 1
- # madre y padre 2
- # padre, generalmente 3
- # otros:..... 4

(16)

¿Se le tranquiliza con facilidad a su hijo cuando llora?:

- # si 1
- # no 2
- # depende 3
- # no llora 4

(17)

¿Qué hace Vd habitualmente cuando su hijo llora?:

- # cogerlo 1

# acunarlo sin cogerlo	2		f	# sí (cuál):.....	1	
# dejarle llorar	3	(18)	f	# no	2	(38)
# otro:.....	4					
F:: SI DIO PECHO Y/O LO DA AUN:						
¿Para de llorar cuando lo coge en brazos?:			f	¿Con qué frecuencia ha padecido las molestias que paso a citar?:		
# sí, en general	1		f			
# sí, a veces	2		f			
# no	3	(19)	f			
¿Por qué motivo cree Vd que llora su hijo mas frecuentemente?:			f			
# hambre	1		f	A	A	C N
# sed	2		f		l	e u
# está sucio o húmedo	3	(20-21)	f	m	g	s n
# quiere brazos	4		f	e	u	i c
# sueño	5		f	n	n	a
# jugar	6		f	u	a	n .
# otro:.....	7		f	d	s	u .
# no sabe	8		f	o	n	.
			f	.	v	c .
			f	.	e	a .
			f	.	c	.
			f	.	e	.
			f	.	s	.
¿Se queda "privado" (episodios de retención de la respiración) el niño cuando llora?:			f	# pezones doloridos	1	2 3 4 (39)
# no, nunca	1		f	# pezones agrietados	1	2 3 4 (40)
# sí, siempre o a veces	2	(22)	f	# pecho lleno y dolorido	1	2 3 4 (41)
# no sabe	3		f	# bultos en el pecho	1	2 3 4 (42)
¿Que tal anda de apetito su hijo?:			f	# mastitis, abscesos	1	2 3 4 (43)
# bien	1		f			
# regular	2	(23)	f	¿La disgusta (ó disgustaba) que la vean (ó vieran) amamantando a su hijo?:		
# mal, no me come	3		f	# no	1	
¿Le preocupa algún aspecto de la alimentación de su bebé?:			f	# depende	2	(44)
# sí (cuál):.....	1		f	# sí	3	
# no	2	(24)	f	¿Cuando Vd da (ó daba) el pecho, donde prefiere (ó prefería) hacerlo?:		
¿Cree Vd que la ganancia de peso del niño es adecuada?:			f	# sólo en casa, discretamente	1	
# sí	1		f	# sólo en casa, sin retraimiento	2	
# no	2	(25)	f	# en cualquier lugar, (sin inquietarse)	3	(45)
# no sabe	3		f	# otros:.....	4	
¿Cuántas horas suele durar sin pedir alimento por las noches?:	minimo: _____	(26)	f	# ineplorable (no lactó)	5	
	máximo: _____					
(27-27bis)			F:: SI LACTANCIA ARTIFICIAL O MIXTA DESDE LA ULTIMA ENTREVISTA:			
¿Qué tipo de leche le está dando al niño?:			f	¿Cómo le da la leche de fórmula: en biberón, con cuchara, en vaso o de otra forma?:		
# materna exclusivamente	1		f	# con biberón	1	
# mixta con suplementos ocasionales	2	(28)	f	# con cuchara	2	(46)
# mixta con suplementos regulares	3		f	# con taza o vaso	3	
# biberón	4		f	# otros	4	
F: SI DA EL PECHO ACTUALMENTE:			f	¿Si utiliza suplementos lacteos ó da sólo el biberón, por qué lo hace? (la lactancia materna está siendo sustituida ó retirada por completo):		(47-49)
f			f			
f	¿Cuántas tomas de pecho da diariamente?: _____	(29)	f			
f			f			
f	¿En cada toma utiliza uno ó los dos pechos?:		f			
f	# uno	1	f			
f	# dos	2	f	# MS (motivos sanitarios: niño tenía hambre: producción de leche insuficiente; enf. materna; enf. del lactante; falta información sanitaria; nuevo embarazo; consejo médico en contra del pecho; recomendación médica; dolor pezones; mastitis; pezones planos ó invertidos; fiebre; seromas; puntos infectados; tratamientos anti-bióticos o de otro tipo....)	1	
f	# depende	3	f	# ME (motivos económicos: en previsión vuelta al trabajo ó por haber vuelto; obtención gratuita de leche artificial:....)	2	
f	¿Aproximadamente, cuántos minutos dura la toma del primer pecho?: _____ min.	(31-32)	f	# MC (motivos socio-culturales: miedo nuevo embarazo; falta información; falta opinión del marido; leche de mala calidad; lactancia natural tiene demasiados inconvenientes; lactancia artificial es sencilla o conveniente; duró el pecho ya lo suficiente; publicidad de radio, TV, y de prensa....)	3	
f			f			
f	¿Y la del segundo pecho, cuántos minutos?: _____	(33-34)	f			
f			f			
f	¿Hasta qué mes de edad tiene previsto dar el pecho a su hijo/a?: _____ mes.	(35-36)	f			
f			f			
f	¿Recuerda Vd el nombre de algún producto lacteo comercial?: (ver encuesta 2*)		f			
f	# sí (cuál):.....	1	f			
f	# no	2	f			
f		(37)	f			
f	¿Hay en casa algún alimento comercial para lactantes (leche artificial)?: (ver encuesta 2*)		f			

f # MP (motivos psico-afectivos: llanto intranquilo: 4
f quería que el padre participase: fracaso lactan-
f cias anteriores: problemas emocionales: repugnan-
f cia: técnica incorrecta o rechazo por parte del
f niño los primeros días: cansancio materno:...

F:: SI USA SUPLEMENTOS DE LECHE ARTIFICIAL REGULARES:

f
f ¿Qué edad tenía el niño cuando comenzó a suple-
f mentar?: ____ mes. (50-51)

f ¿Le dá la leche artificial: antes, después o en
f vez del pecho?:

f # antes del pecho 1
f # después del pecho 2 (52)
f # sustituyendo toma de pecho 3
f # combinaciones de las anteriores 4

F:: SI DA BIBERON AHORA, Y HA RETIRADO EL PECHO

f DESDE LA ULTIMA ENTREVISTA:

f
f ¿Hasta qué mes le ha dado el pecho?: ____ (53-54)

¿Ha dejado de darle el pecho al niño durante
algunos días y luego se lo ha vuelto a dar?
(crisis de lactancia transitorias con relacta-
ción posterior):

no 1
si 2 (55)

¿Usa el niño chupete?:

si 1
no 2 (56)

¿Cómo esteriliza Vd los biberones?:

hirviendo tetina, arandelas y botella 1
lavando con agua y jabón 2
hirviendo botella y lavando tetina 3
Milton ó metodos similares 4 (57)
otras:..... 5
ninguna forma 6

¿El agua para bebida del niño y/o biberones, de
dónde es?: (no toma agua = ausencia de dato)

grifo, sin más 1
hervida (grifo o mineral) 2 (58)
embotellada (mineral) 3

POSIBLES AYUDAS

¿Pudo contar Vd con alguien para que le ayudara las
primeras semanas tras el parto para cuidar al niño,
arreglar la casa, la compra (ó estuvo en casa de los
padres o familiares)?:

contó con ayuda 1
no tuvo ayuda 2 (59)

¿Le ayudan a Vd, siempre, casi siempre, a veces ó
nunca para cuidar al niño, hacer la compra, arre-
glar la casa, etc...?:

no ayudan 1
a veces ayudan 2 (60)
casi siempre ayudan 3
siempre ayudan 4

F: Sólo si hay alguna ayuda:

f
f ¿Quiénes comparten con Vd el cuidado diario del niño
f o niños?:
f # marido 1
f # abuelos 2
f # hermanos mayores-tíos 3
f # otros familiares, amigos, vecinos 4 (61-64)
f # cuidadoras-empleadas de hogar 5
f # otra familia 6
f # jardín de infancia-guardería 7
f # nadie 8

F:: si vive con el padre del niño:

f
f ¿En qué aspecto del cuidado del niño colabora más
f el papá?:

f # biberón 1
f # baño 2
f # cambiarle 3
f # dormirle 4 (65-67)
f # pasearle 5
f # otra:..... 6
f # nada 7

f ¿En su opinión, el padre debería atender al niño: más,
f menos ó igual que lo hace ahora?:

f # más 1
f # igual 2 (68)
f # menos 3
f # no sabe/n.c. 4

F: Si hay otros niños en casa:

f
f ¿Se han producido bastantes, algunos, casi nin-
f guno ó ningún cambio en el comportamiento de
f los hermanos por la presencia del pequeño/a?:
f # si, bastantes 1
f # si, algunos 2 (69)
f # casi ninguno 3
f # ninguno 4

¿De dónde es Vd.? (pueblo y provincia: para Madrid,
distinguir barrios y pueblos de la periferia):

..... (70)

¿Dónde viven los padres de Vd? (pueblo-provincia:
barrio en Madrid):

..... (71)

¿Cuántos años lleva Vd viviendo en Fuenlabrada/Lega-
nés?:

..... (72-73)

¿Cuántos son Vds. en su casa? (nº de personas
que conviven en el domicilio):

..... (74-75)

¿Qué personas viven con Vd y este niño en la
actualidad?:

nadie más 1
otros hijos 2
marido o compañero 3
padres 4 (76-78)
suegros 5
amigos/as 6
otros: 7
no consta 8

¿Cuántos años lleva el padre del niño/a viviendo
en Fuenlabrada/Leganés?:

(79-79bis)

¿De dónde es él?: (80)

¿Dónde viven los padres de él?: (81)

VIVIENDA Y COMODIDADES

¿Podría Vd decirme aproximadamente cuántos metros
cuadrados tiene su casa?: metros. (82-84)

¿De cuántos dormitorios dispone su vivienda?: (85)

¿Tiene además comedor-sala de estar?:

si 1
no 2 (86)

¿Cuántos cuartos de baño-aseo tiene la casa?: (87)

¿El edificio dispone de ascensor?:

si 1
no 2 (88)

menos de 4 alturas, no tiene 3

¿Le importaría decirme si dispone en la actualidad de las cosas que le paso a enumerar?:
(Desconocido = ausencia de dato)

	si	no	¿?
# coche	1	2	(89)
# frigorífico de 1 ó 2 puertas	1	2	(90)
# TV color	1	2	(91)
# vídeo	1	2	(92)
# lavavajillas o fregaplatos	1	2	(93)
# lavadora automática	1	2	(94)
# teléfono	1	2	(95)
# equipo de música (discos)	1	2	(96)

Peso niño 3º mes: _ _ _ _ gr. (4-7)

Talla: _ _ _ cm (8-10)

P.cefálico: _ _ _ cm (11-13)

Exploración niño 3º mes:

# normal	1	(14)
# otra:.....	2	

Anotar con quién acude la madre a la entrevista:

# sólo	1	
# con el marido o compañero	2	
# otra persona de la familia	3	(15)
# vecina o amiga	4	
# cuidadora del niño	5	
# otra	6	

Si no acuden al Centro según la cita establecida, señalar el curso del caso: (16)
(Ausencia de dato = acude normalmente a la encuesta)

# ilocalizable, caso definitivamente perdido, sin más datos.....	1
# No desea acudir, pero se dispone de más datos por encuestador a domicilio.....	2
# No desea acudir, pero se dispone de más datos por encuesta telefónica.....	3
# No desea acudir y rechaza encuesta en domicilio y encuesta telefónica.....	4

CITA 4ª ENTREVISTA. FECHA: _____

HORA: _____

TFNO COMUNICACION: _____

CUARTA ENTREVISTA: 6º MES

FECHA: _____ Nº CUESTIONARIO: _____ (1-3)

NOMBRE Y AP. MADRE: _____

NIÑO EN SEGUIMIENTO: _____

TFNO.: _____

¿Ha tenido el niño algún problema de salud desde la consulta anterior?: _____ (4-6)

¿Y Vd. ha tenido alguno?: _____ (7-9)

¿Me podría decir en una palabra cuál es el temperamento de su hijo en la actualidad?:

# tranquilo, pacífico	1	
# activo	2	
# nervioso	3	
# llorón	4	(10)
# dormilón	5	
# exigente, mal genio	6	
# tragón	7	
# otro:.....	8	
# no sabe	9	

¿Con qué frecuencia hace su hijo las siguientes conductas?:

	A	A	C	N
1. Sonreír ante su imagen en el espejo.....	1	2	3	4
2. Emitir sonidos como: "ajo", "gu", "pa".....	1	2	3	4
3. Protestar, si le deja sólo....	1	2	3	4
4. Llevarse objetos a la boca....	1	2	3	4

¿Le ha salido algún diente?: _____ (15)

# si	1
# no	2

F: Caso de tener dientes
f
f ¿A qué mes le salió el 1º _____ (16)

¿Dónde está normalmente el niño mientras Vd se mueve por la casa durante el día?:

# cuna	1	
# cochecito	2	
# suelo	3	
# parque	4	(17-18)
# lo lleva a cuestas	5	
# otro:.....	6	

¿En qué habitación duerme el niño en la actualidad?:
 # en la de los padres 1
 # en cuarto con hermanos 2 (19)
 # en cuarto sólo 3
 # con otros (abuela, tía...) 4

F:: si no duerme en la habitación de los padres:

f f ¿Cuántos meses tenía cuando lo sacó?: ____ (20)

¿Cuántas vacunas tiene puestas el niño: ____ (21)

¿Qué tal anda de apetito su hijo?:
 # bien 1
 # regular 2 (22)
 # mal, no me come 3

¿Le preocupa algún aspecto de la alimentación de su bebé?:
 # si (cuál):..... 1
 # no 2 (23)

¿Cree Ud que la ganancia de peso del niño es adecuada?:
 # si 1
 # no 2 (24)
 # no sabe 3

¿Qué tipo de leche le está dando?:
 # materna exclusivamente 1
 # mixta con suplementos ocasionales 2 (25)
 # mixta con suplementos regulares 3
 # biberón 4

F: SI DA EL PECHO ACTUALMENTE:

f f ¿Cuántas tomas de pecho da diariamente?: ____ (26)

f f ¿En cada toma utiliza uno ó los dos pechos?:
 f # uno 1
 f # dos 2 (27)
 f # depende 3

f f ¿Aproximadamente, cuántos minutos dura la toma del primer pecho?: ____ min. (28-29)

f f ¿Y la del segundo pecho, cuántos minutos?: ____ (30-31)

f f ¿Hasta qué mes de edad tiene previsto dar el pecho a su hijo/a?: ____ mes. (32-33)

f f ¿Hay en casa algún alimento comercial para lactantes (leche artificial)? (ver enc. 2* y 3*)
 f # si (cuál):..... 1
 f # no 2 (34)

F:: SI LACTANCIA ARTIFICIAL O MIXTA DESDE LA ULTIMA ENTREVISTA:

f f ¿Cómo le da la leche artificial: en biberón, con cuchara, en vaso ó de otra forma?:
 f # con biberón 1
 f # con cuchara 2 (35-36)
 f # con taza o vaso 3
 f # otros 4

f Si utiliza suplementos lacteos ó da sólo el biberón: ¿por que lo hace? (la lactancia materna está siendo sustituida ó retirada por completo): (37-39)

f # MS (motivos sanitarios) 1
 f # ME (motivos económicos) 2
 f # MC (motivos socio-culturales) 3
 f # MF (motivos psico-afectivos) 4

F:: SI USA SUPLEMENTOS DE LECHE ARTIFICIAL REGULARES:

f f ¿Qué edad tenía el niño cuando comenzó a suplementar?: ____ mes. (40-41)

f f ¿Le da la leche artificial: antes, después o en vez del pecho?:
 f # antes del pecho 1
 f # después del pecho 2 (42)
 f # sustituyendo toma de pecho 3
 f # combinaciones de las anteriores 4

F:: SI DA BIBERON AHORA, Y HA RETIRADO EL PECHO DESDE LA ULTIMA ENTREVISTA:

f f ¿Hasta qué mes le ha dado el pecho?: ____ (43-44)

A continuación, le voy a enumerar una serie de alimentos infantiles de los que quisiera me dijera en qué mes los tomó por primera vez el niño, quién se lo aconsejó y con qué frecuencia los toma ahora...

a los 6 m. los toma						
alimento	mes inicio	aconsejó	1/s.	2/s.	1/d.	2/d.
frutas	____ (45)	____ (46)	1	2	3	4 (47)
vegetales(verdura)	____ (48)	____ (49)	1	2	3	4 (50)
patatas	____ (51)	____ (52)	1	2	3	4 (53)
leche bote	____ (54)	____ (55)	1	2	3	4 (56)
harina sin gluten	____ (57)	____ (58)	1	2	3	4 (59)
harina con gluten	____ (60)	____ (61)	1	2	3	4 (62)
huevos	____ (63)	____ (64)	1	2	3	4 (65)
pescado	____ (66)	____ (67)	1	2	3	4 (68)
carne, pollo, jamón	____ (69)	____ (70)	1	2	3	4 (71)
leche entera	____ (72)	____ (73)	1	2	3	4 (74)
yogourt	____ (75)	____ (76)	1	2	3	4 (77)
petit-suisse	____ (78)	____ (79)	1	2	3	4 (80)
legumbres(judias, garbanzo, lenteja)	____ (81)	____ (82)	1	2	3	4 (83)
miel	____ (84)	____ (85)	1	2	3	4 (86)
azucar común	____ (87)	____ (88)	1	2	3	4 (89)
sal	____ (90)	____ (91)	1	2	3	4 (92)

Nota: "aconsejó": 1. Ella misma (madre)
 2. Pediatra ó Médicos ó ATS
 3. Farmacia
 4. Abuelas, familiares, vecinas, amigas
 5. Otros

CUESTIONES DIVERSAS

¿Cuántos hijos desea Ud tener en total?: ____ (93)

¿Qué intervalo de tiempo considera Ud que debe pasar entre el nacimiento de un niño y el del siguiente?:

mínimo: ____ años (94)
 máximo: ____ años (95-96)

¿En estos momentos pone algún medio para NO quedarse de nuevo embarazada?:

si 1 (97)
no 2

F.: Caso de que SI ponga medios:

f ¿Podría indicarme qué método que utiliza para evitar el embarazo?:
f # preservativo 1
f # DIU 2
f # diafragma 3
f # pildora 4 (98-99)
f # espermicida 5
f # continencia periodica, 6
f # coitus interruptus 7
f # ogino, temperatura
f # ligadura trompas ó 8
f # vasectomía
f # el azar 9

f ¿En qué mes tras el parto comenzó a utilizar alguno de esos métodos para evitar el embarazo?:
f _____ mes. (100)

¿Cuántos meses tardó tras el parto en tener la 1ª menstruación?: _____ 2 mes. (4)

¿Crée Vd que está embarazada actualmente?:
si, confirmado 1
puede que si 2
no lo sabe 3 (5)
no 4
no lo indica 5

F.: caso de que si:
f ¿De cuánto tiempo (semanas)?: _____ (6-7)

¿Cómo piensa Vd que influye dar el pecho en el riesgo de embarazo?:
desaparece 1
disminuye 2 (8)
no influye 3
no lo sabe 4

¿Crée Vd que una de las obligaciones de la madre es amamantar a los hijos?:
si 1
depende de circunstancias 2 (9)
no 3

F.: Si tiene otros hijos:
f ¿Ha notado en alguno de sus hijos un cambio de conducta por la presencia del más pequeño?:
f # si 1
f # no, no observado 2 (10)
f # no lo sabe 3

¿En su opinión, es raro ó frecuente que los niños tengan celos de sus hermanos pequeños?:
raro 1
frecuente 2 (11)
no sabe 3

AYUDA

¿Quiénes comparten con Vd el cuidado diario del niño en la casa?:
marido 1
abuelos 2
hermanos mayores-tíos 3
otros familiares, 4
amigos, vecinos (12-14)
cuidadores-empleadas de hogar 5
otra familia 6

nadie 7

¿Lleva al niño a una guardería?:
si 1 (15)
no 2

F.: Caso de que le lleve a guardería:
f ¿Qué edad tenía cuando lo empezó a llevar?:
f _____ meses. (16)

¿Si tiene que salir con sus amigos ó atender algún compromiso, tiene Vd alguien de su confianza con quien dejar al niño?:
si 1
no 2 (17)

¿Desde que nació su hijo, ha tenido que prestar atención a algún enfermo (familiar ó no)?:
si 1
no 2 (18)

¿Actualmente, cuál es su situación laboral?:
ama de casa, exclusivamente 1
trabaja cuenta ajena 2 (19)
trabaja cuenta propia 3
estudiante 4

F.: Si trabaja por cuenta ajena o propia:
f ¿Qué edad tenía su hijo/a cuando empezó a trabajar tras el parto?: _____ mes (20-21)

ECONOMIA DOMESTICA

¿La casa donde viven es de propiedad ó está alquilada?:
de propiedad 1
en alquiler 2 (22)
cedida 3

F.: Si se trata de casa en propiedad:
f ¿Le molestaría decirme si ya han acabado de pagar el piso?:
f # si 1
f # no 2 (23)

¿Hoy por hoy, cuánto estima Vd que se puede gastar en alimentar semanalmente a su familia?:

A..... menos de 4.000 pts..... 1
B..... de 4.000 a 8.000 pts..... 2
C..... de 8.000 a 12.000 pts..... 3
D..... de 12.000 a 16.000 pts..... 4 (24)
E..... de 16.000 a 20.000 pts..... 5
F..... más de 20.000 pts..... 6
No sabe..... 7
No contesta..... 8

¿Qué gasto le ha supuesto su hijo pequeño en este último mes?:
(ropas, cuidados, guardería, medicinas, alimentos, juguetes y enseres varios....)

A..... menos de 4.000 pts..... 1
B..... de 4.000 a 8.000 pts..... 2
C..... de 8.000 a 12.000 pts..... 3
D..... de 12.000 a 16.000 pts..... 4 (25)
E..... de 16.000 a 20.000 pts..... 5
F..... más de 20.000 pts..... 6
No sabe..... 7
No contesta..... 8

¿Para salir adelante, cuánto dinero necesita al mes una familia como la suya?:

A.....hasta	25.000	pts....	1	
B.....entre 25.001 y	50.000	....	2	
C....."	50.001 y	75.000	....	3
D....."	75.001 y	100.000	....	4
E....."	100.001 y	125.000	....	5 (26-27)
F....."	125.001 y	150.000	....	6
G....."	150.001 y	175.000	....	7
H....."	175.001 y	200.000	....	8
I.....más de	200.000	....	9	
No sabe (esta posibilidad no se incluye en la ficha que se muestra)		...	10	
No contesta (no aparece en la tarjeta)		...	11	

Si no acude a la encuesta del 6º mes, señalar el curso del caso:

# ilocalizable, sin más datos	1	
# hay más datos por encuesta a domicilio	2	(48)
# hay más datos por encuesta telefónica	3	
# no desea acudir y rechaza encuestas a domicilio y telefónica	4	

(Ausencia de dato, significa que acudió normalmente a la encuesta).

¿Por favor, en qué letra podría situar Vd los ingresos totales de la familia al cabo del mes?: (Presentar tarjeta) (Fijese bien que no me interesa que me diga la cantidad sino la letra correspondiente al tramo en el cual están comprendidos)

A.....hasta	25.000	pts....	1	
B.....entre 25.001 y	50.000	....	2	
C....."	50.001 y	75.000	....	3
D....."	75.001 y	100.000	....	4
E....."	100.001 y	125.000	....	5 (28-29)
F....."	125.001 y	150.000	....	6
G....."	150.001 y	175.000	....	7
H....."	175.001 y	200.000	....	8
I.....más de	200.000	....	9	
No sabe (esta posibilidad no se incluye en la ficha que se muestra)		...	10	
No contesta (no aparece en la tarjeta)		...	11	

¿En qué nivel o clase social se considera Vd. incluida?:

# alta	1	
# media - alta	2	
# media - media	3	(30)
# media - baja	4	
# baja (trabajadora)	5	
# n.s./n.c.	6	

Me podría decir quién es el Pediatra que ha seguido al niño/a durante este tiempo, y si ha sido en: un Centro de Salud; Ambulatorio; Consultorio privado ó de Sociedades médicas (Sanitas, Asisa....):

Nombre del Pediatra: _____		
# Centro de Salud	1	
# Ambulatorio	2	(31)
# Privado, Sociedad	3	
# Ninguno	4	

Peso actual de la madre: _____ (32-34)

Anotar con quién acude la madre a la entrevista:

# sólo	1	
# con el marido o compañero	2	
# otra persona de la familia	3	(35)
# vecina o amiga	4	
# cuidadora del niño	5	
# otra:.....	6	

Peso: _ _ _ .gr (36-39)

Talla: _ _ _ cm (40-42)

PC: _ _ _ cm (43-45)

Exploración niño 6º mes:

# normal	1	
# otra:.....	2	(46)

¿Toma su hijo, regularmente, vitaminas?:

# si	1	
# no	2	(47)